

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА: ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

А.А. АЛИЖАНОВ¹, Б.Р. ИСХАКОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ², О.И. НЕЪМАТУЛЛАЕВ¹

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

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

TRAUMATIC INJURIES OF RETROPERITONEAL ORGANS: KIDNEY DAMAGE DUE TO COMBINED TRAUMA

A.A. ALIJANOV¹, B.R. ISKHAKOV¹, N.B. ISKHAKOV², O.I. NEMATULLAEV¹

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

²Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения пострадавших с повреждениями органов брюшной полости и почек при сочетанной травме.

Материал и методы. В исследование включены 66 больных с закрытой травмой почек при сочетанной травме, госпитализированных в Наманганский филиал РНЦЭМП в 2013–2020 гг., из них 48 (72,7%) мужчин и 18 (27,3%) женщин, в возрасте от 10 до 62 лет. Повреждения почек устанавливали с учетом клинической картины и результатов ультразвукового исследования, МСКТ и контрастной урографии. При определении тяжести повреждения почек придерживались шкалы повреждений почки Американской ассоциации хирургической травмы (AAST).

Результаты. Консервативное лечение в качестве монотерапии проводилось 36 (54,5%) пострадавшим. Изолированное повреждение почки выявлено у 24 (36,4%), сочетанное – у 42 (63,6%). Левостороннее повреждение почек отмечалось чаще (54,5%), чем правостороннее (45,5%). При повреждении III–IV степени с разрывом или размозжением паренхимы почек оперативные вмешательства выполнены у 30 пострадавших, в том числе люмботомия с ушиванием раны почки у 9, нефрэктомия – у 11. При лапаротомии у 2 больных осуществлена нефрэктомия, у 3 – ревизия паранефральной клетчатки, удаление гематомы. При ревизии паранефральной гематомы у одного пострадавшего был выявлен разрыв левой почечной вены, который ушит бригадой ангиохирургов.

Заключение. В 90,9% случаев повреждение почек встречается у лиц молодого и трудоспособного возраста в результате кататравмы (28,8%) и ДТП (21,2%). Травма почек (I–III степень по AAST) является показанием к консервативной терапии, при тяжелой (IV–V степень по AAST) – чаще всего выполняются лапаро- или люмботомия. Видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить количество диагностических ошибок, сократить время установления диагноза и выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных.

Ключевые слова: сочетанная травма, тупая травма почек, шкала AAST, диагностика, консервативное лечение, хирургическое лечение.

Aim. To improve the results of diagnosis and treatment of victims with injuries of the abdominal cavity and kidneys with combined trauma.

Material and methods. The study included 66 patients with closed kidney injury with combined trauma hospitalized in the Namangan branch of the RNCEMP in the period 2013–2020, of whom 48 (72.7%) were men and 18 (27.3%) were women, aged 10 to 62 years. Kidney damage was determined taking into account the clinical picture and the results of ultrasound, MSCT and contrast urography. When determining the severity of kidney injury, the American Association of Surgical Trauma (AAST) kidney injury scale was followed.

Results. Conservative treatment as monotherapy was carried out by 36 (54.5%) victims. Isolated kidney damage was detected in 24 (36.4%) and combined – in 42 (63.6%) of the victims. Left-sided kidney injury was noted more often (54.5%) than right-sided (45.5%). In case of damage of III–IV degree with rupture or crushing of the renal parenchyma in 30 patients, the following surgical interventions were performed: lumbotomy with suturing of the kidney wound in 9 patients, nephrectomy – 11. With laparotomy, nephrectomy was performed in 2 patients, revision of paranephral tissue, removal of hematoma in 3 patients. During the revision of the paranephral hematoma, a rupture of the left renal vein was revealed in one victim, which was sutured by a team of angiourgeons.

Conclusion. In 90.9% of cases, kidney damage occurs in young and able-bodied people as a result of catatrauma (28.8%) and road accidents (21.2%). Kidney injury (I–III degree according to AAST) is an indication for conservative therapy, with severe (IV–V degree according to AAST) – laparotomy or lumbotomy is most often

performed. Videolaparoscopy for combined injuries reduces diagnostic errors, reduces the time of diagnosis and allows you to perform adequate therapeutic measures with minimal trauma for patients.

Keywords: combined trauma, blunt trauma of the kidneys, AAST scale, diagnosis, conservative treatment, surgical treatment.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol16_iss4/a2

Введение

Во всех развитых странах мира наблюдается тенденция к росту травматизма, обусловленному бурным развитием транспорта, механизацией трудовых процессов. Гибнут люди, главным образом, молодого, трудоспособного возраста. Тупая травма обычно возникает вследствие ДТП, падения с высоты, наезда на пешехода и нападения на человека, в результате чего происходит повреждение паренхимы и/или ворот паренхиматозного органа [1,4]. Травматические повреждения органов брюшного пространства (ТПОЗП) встречаются в 5–10% случаев травмы живота с летальностью, достигающей 72,8%. Более чем в 2/3 случаев они сочетаются с повреждениями органов брюшной полости. ТПОЗП относятся к тяжелым травмам, что объясняется, во-первых, гораздо большей травмирующей силой, необходимой для повреждения глубоко расположенных органов брюшного пространства, во-вторых, сложностью его анатомического строения, наличием крупных магистральных сосудов, легко травмируемых паренхиматозных органов: почек, поджелудочной железы; внебрюшинных отделов полых органов, таких как двенадцатиперстная кишка, толстая кишка, мочевого пузыря, заселенных условно-патогенной микрофлорой. Операции на органах брюшного пространства по классификации Н. Klotz и соавт. относятся к категории сложных [2].

Летальность в результате механических повреждений различной этиологии в настоящее время занимает третье место в структуре летальности, уступая место лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям [3,4].

Закрытая травма живота, которая зачастую происходит у лиц в состоянии алкогольного опьянения, сопровождается тяжелыми сочетанными повреждениями, шоком, расстройством сознания, требует на догоспитальном этапе применения наркотиков для обезболивания, что в ряде случаев определяет трудности современной диагностики и увеличение дооперационного периода [4].

Для травм почек характерны тяжелое состояние пострадавшего, обильная кровопотеря, выраженный болевой синдром. Результаты лечения повреждений почек и мочеточников во многом определяются эффективностью ранней диагностики и своевременной доставкой больного в стационар [5].

Сегодня в экстренной хирургии травм живота инициальным методом инструментального исследования органов брюшной полости служит УЗИ, направленное на улучшение качества помощи пострадавшим путем раннего выявления повреждений, особенно когда эти состояния являются потенциально жизнеугрожающими, а исход хирургического лечения зависит от времени его начала [6,11].

Для уточнения тяжести травмы почек рекомендуют выполнять экскреторную урографию, спиральную компьютерную томографию или ультразвуковое исследование. Легкая травма почек (I–III степень по AAST) является показанием к консервативной терапии, при тяжелой (IV–V степень по AAST) чаще всего выполняют нефрэктомии [4,9,11,12]. Однако продолжающееся внутрибрюшное кровотечение при

сочетанной травме требует экстренной лапаротомии, что часто делает невозможным или малоинформативным указанные исследования. Поэтому повреждение почек диагностируется во многих случаях уже во время лапаротомии [4,7,11].

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 [4,10,11].

Оперативные вмешательства на органах брюшного пространства являются одним из наиболее сложных в современной хирургии. Исход этих операций и вероятности возникновения интраоперационных осложнений во многом определяются качеством предоперационного планирования, в основе которого лежит точное определение индивидуальной топографо-анатомической ситуации [8,9].

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 стороны – проведение щадящих, но эффективных в лечебном отношении вмешательств. Наиболее информативным дополнительным методом для исследования при повреждении органов брюшной полости является диагностическая визуальная лапароскопия [10,11].

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших с повреждениями органов брюшной полости и почек при сочетанной травме.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в 2013–2020 гг. находились 66 пострадавших с повреждениями почек, из них с сочетанными травмами было 42 (63,6%), с изолированными – 24 (36,4%). Мужчин было 48 (72,7%), женщин – 18 (27,3%). В возрасте до 18 лет было 35 (53%) пациентов, от 19 до 44 лет – 25 (37,9%), от 45 до 59 лет – 5 (7,6%), старше 60 лет – 1 (1,5%). 60 (90,9%) пострадавших были лицами молодого и трудоспособного возраста (табл. 1).

Таблица 1. Распределение пострадавших по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет				Всего, абс. (%)
	до 18	19–44	45–59	60 и старше	
Муж.	27	18	2	1	48 (72,7)
Жен.	8	7	3	–	18 (27,3)
Итого, абс. (%)	17 (6,5)	74 (69,8)	12 (11,3)	3 (6,5)	66 (100)

При закрытой травме живота наиболее частыми причинами повреждения почек были дорожно-транспортные происшествия – у 19 (28,8%) пострадавших. 23 (34,8%) па-

циента получили травмы в результате удара тупым предметом (бытовая – у 8, производственная – у 9, в результате драки – у 9), у 14 (21,2%) – при падении с высоты, спортивные травмы имели место у 10 (15,2%) больных.

Успех лечения пострадавших с травмой почки во многом зависит от сроков их доставки в стационар. В первый час после травмы поступили 20 (30,3%) пациентов, от 1-го до 5 часов – 19 (28,8%), в течение 1-х суток – 13 (19,7%). 14 (21,2%) больных госпитализированы по направлению из других учреждений в течение 2–5 суток после происшествия.

21 (31,8%) пострадавший был доставлен в стационар машиной скорой медицинской помощи. «Самотёком», при самостоятельном обращении в случае ухудшения самочувствия на улице недалеко от больницы попутным транспортом с места ДТП или кататравмы, доставлен 31 (47%) пациент.

По степени выраженности шока пострадавшие распределялись следующим образом: шок I и II степени сопутствовал сочетанным повреждениям живота у 28 (42,4%), у 29 (43,9%) была картина шока III степени без угрозы для жизни, 9 (13,6%) поступивших в реанимационное отделение находились в критическом состоянии – у них имела место крайне тяжелая степень шока с угрозой для жизни.

Больные с тяжелой и крайне тяжелой степенью тяжести госпитализировались непосредственно в реанимационное отделение или палаты интенсивной терапии. Лечение во многом определялось эффективностью ранней диагностики. Диагноз повреждения почки ставили на основании данных УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастной уроскопией, видеолапароскопии, результатов лабораторного исследования и подтверждали при интраоперационной ревизии.

Всем больным с подозрением на травму почек выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости и забрюшинного пространства. Экскреторная урография позволяет обнаружить деформацию и сдавление чашечек и лоханки, затёки контраста на стороне поражения, оценить функцию поврежденной и контралатеральной почек, что важно при определении объема экстренного оперативного вмешательства. Применение ее ограничено в случаях сочетанных повреждений и у пострадавших с шоком и нестабильной гемодинамикой (систолическое давление ниже 90 мм рт. ст.). Контрастная урография была выполнена 41 (62,1%) пострадавшему. Экстравазация контрастных веществ выявлена у 13 (31,7%), изгиб, гидронефроз, нефролитиаз – у 3 (7,3%). Признаков патологии не обнаружено у 25 (60,9%) пострадавших.

Наиболее информативными методами диагностики повреждений почек являются КТ и МРТ, которые обеспечивают наивысшую степень точности в оценке анатомических деталей травмированной почки. В основном МСКТ проводили тяжелым пациентам с сочетанным повреждением головного и спинного мозга, органов грудной клетки и брюшной полости, костей таза. У 34 (51,5%) пациентов, у которых выполнена МСКТ головного мозга, органов брюшной полости и забрюшинного пространства, выявлены гемоперитонеум, разрывы печени, селезенки, забрюшинные гематомы и разрывы почек.

УЗИ позволяет осуществлять динамическое наблюдение за травмированным органом. Основной задачей УЗИ являлось обнаружение свободной жидкости (крови) в забрюшинном пространстве или в полостях. О характере повреждений паренхиматозных органов судили по изменению размеров и конфигурации органа, наличию зон повышенной эхогенности. Использование УЗИ у всех 66 пострадавших показало его высокую информативность.

Для оценки степени повреждения почек использовали шкалу AAST (Американской ассоциации хирургии травмы) 1994 г., которая является наиболее широко распространенной системой стадирования повреждения почек. В соответствии с этой классификацией выделяют пять степеней повреждения без учета его локализации и повреждения двенадцатиперстной кишки, которые отражают соотношения повреждения капсулы, паренхимы и протока.

Классификация повреждений почки по степени тяжести представлена в таблице 2.

Результаты и обсуждение

Выбор метода лечения зависел от характера осложнения, тяжести состояния пострадавшего. Руководствуясь этими положениями, выделялись ренальные осложнения для консервативного и оперативного методов лечения.

Изолированное повреждение почки выявлено у 24 (36,4%) пострадавших, сочетанное – у 42 (63,6%). Левостороннее повреждение почек отмечалось чаще (54,5%), чем правостороннее (45,5%).

У 3 пациентов повреждение почек сочеталось с травмами 6 областей: головы, живота, органов забрюшинного пространства, груди, позвоночника и конечностей, у 5 – 5 областей, у 7 – 4, у 12 – 3, у 15 – 2. Наиболее часто сочетанные повреждения органов забрюшинного пространства наблюдались при повреждениях одновременно головы – у 3 (4,5%), живота – у 15 (22,7%), груди – у 8 (12,1%), таза – у 6 (9%), позвоночника – у 7 (10,6%) и конечностей – у 3 (4,5%). Таким образом, у 42 (63,6%) пострадавших отмечались раз-

Таблица 2. Распределение пострадавших по классификации повреждений почек по AAST [12]

Степень	Описание повреждения	Число больных, абс. (%)
I	Ушиб или ненарастающая подкапсулярная гематома; травма без разрыва	20 (30,3)
II	Небольшая околопочечная гематома, кортикальный разрыв <1 см глубиной без экстравазации мочи	14 (21,2)
III	Кортикальный разрыв >1 см без экстравазации мочи	10 (15,2)
IV	Разрыв через кортико-медуллярное соединение в собирательную систему или повреждение сосудов, повреждение сегментарной артерии, вены с образованием гематомы, частичное повреждение стенки сосуда или тромбоз сосуда	16 (24,2)
V	Множественные разрывы почки или повреждение сосудов почечной ножки, или отрыв почки от сосудов	6 (9,1)

личной степени сочетания повреждений почек и соседних анатомических зон. Это обстоятельство подчеркивает необходимость повышения настороженности хирургов относительно повреждения почек у пострадавших с травмами живота, грудной клетки и костей таза.

Объем и вид оперативного вмешательства зависел от тяжести состояния пострадавшего и степени повреждения органов забрюшинного пространства.

Консервативное лечение получали 36 (54,5%) больных при небольших разрывах почки с субкапсулярной или паранефральной гематомой объемом до 200–250 мл и умеренной гематурией (при повреждении почек I–II степени, а также при повреждении III степени без разможнения тканей). Больным назначали строгий постельный режим в течение 10–12 дней, холод на поясничную область, гемостатические, антибактериальные и улучшающие микроциркуляцию в почке препараты. В процессе лечения осуществляли ежедневный динамический контроль, включающий оценку состояния гемодинамики, анализы крови, мочи и УЗИ-мониторинг.

При повреждении III–IV степени с разрывом или разможением паренхимы почек у 30 (45,5%) пострадавших выполнены оперативные вмешательства, в том числе люмботомия с ушиванием раны почки – 9, нефрэктомия – 11. При лапаротомии у 2 больных выполнена нефрэктомия, у 3 – ревизия паранефральной клетчатки, удаление гематомы. При ревизии паранефральной гематомы у 1 пострадавшего был выявлен разрыв левой почечной вены, который ушит бригадой ангиохирургов.

Малоинвазивные методы лечения применяли у 9 (13,6%) пострадавших. Лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости проводили 5 (17%) пострадавшим, у которых отмечались перитонеальные симптомы, торакоскопию у 2 (3%) при сочетанных и множественных травмах. У 2 (3%) пациентов с гидронефрозом под контролем УЗИ установлены пункционные нефростомы.

У 8 (12,1%) пациентов лапаротомия была обусловлена экстраренальным осложнением – гемоперитонеумом.

Послеоперационные осложнения (со стороны раны, дыхательной и сердечно-сосудистой системы) наблюдались у 6 (24,7%) больных с повреждением почки III–IV степени тяжести. Релюмботомия выполнена 1 пациенту с гематомой ложа удаленной почки.

В раннем послеоперационном периоде умерли 2 пациента с сочетанными травмами черепа, груди, живота, таза и конечностей. Летальность составила 3%.

2 больных переведены в другие лечебно-профилактические учреждения. С выздоровлением выписаны 32 больных. Средний койко-день составил 6,5.

Заключение

В 90,9% случаев повреждения почек встречаются у лиц молодого и трудоспособного возраста в результате катастрофы (28,8%) и ДТП (21,2%).

Диагностические исследования у пострадавших с подозрениями на повреждение почек следует проводить поэтапно. Начинать следует с неинвазивных методов диагностики: физикальных, лабораторных, обзорной урограммы, УЗИ и МСКТ. Травма почек (I–III степень по AAST) является показанием к консервативной терапии, при тяжелой (IV–V степень по AAST) чаще всего выполняют лапаро- или люмботомию.

На следующем этапе диагностики проводится внутривенная урография или антеградная пиелография, а при наличии перитонеальных симптомов – диагностическая лапароскопия.

Видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза и позволяет выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных. Видеолапароскопия при сочетанных и политравмах изменяет тактику лечения пострадавших и в большинстве случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

Литература

1. Ермолаева Н.К. Выбор тактики лечения закрытых травм живота и забрюшинного пространства по ультразвукографическим данным. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2004 [Ermolaeva N.K. Vybor taktiki lecheniya zakrytyh travm zhivota i zabryushinnogo prostranstva po ul'trasonograficheskim dannym. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M. 2004. In Russian].
2. Гареев Р.Н. Хирургическая тактика при травматических повреждениях органов забрюшинного пространства (клинико-экспериментальное исследование). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Уфа. 2017 [Gareev R.N. Hirurgicheskaya taktika pri travmaticheskikh povrezhdeniyah organov zabryushinnogo prostranstva (kliniko-eksperimental'noe issledovanie). Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Ufa. 2017. In Russian].
3. Хаджибаев А.М., Элмуродов К.С., Рузиева З.М., Шукуров Б.И., Элмуродов Ш.К. Структура фатальных закрытых травм груди и живота по данным бюро судебно-медицинской экспертизы Кашкадарьинской области. Вестник экстренной медицины. 2023;16(1):14-21 [Khadjibaev A.M., Elmurodov K.S., Ruzieva Z.M., Shukurov B.I., Elmurodov Sh.K. The structure of fatal closed injuries of the chest and abdomen according to the bureau of forensic medical examination of Kashkadarya region. The Bulletin of Emergency Medicine. 2023;16(1):14-21. In Russian].
4. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т. Видеолапароскопия в диагностике и лечении повреждений органов брюшной полости при сочетанной травме. Вестн. экстр. мед. 2009; 3; 18-20 [Khadjibaev A.M., Atadzhanov Sh.K., Shukurov B.I., Hakimov A.T. Videolaparoskopiya v diagnostike i lechenii povrezhdenij organov bryushnoj polosti pri sochetannoj travme. Vestn. ekstr. med. 2009;3;18-20. In Russian].
5. Аль-Шукри С.Х., Боровец С.Ю., Дубинский В.Я. Клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при травмах почек и мочеточников. Урол. ведомости. 2014;IV(1):20-23 [Al'-Shukri S.H., Borovec S.YU., Dubinskij V.YA. Klinicheskie rekomendacii po okazaniyu skoroy medicinskoj pomoshchi pri travmah pochk i mochetochnikov. Urol. vedomosti 2014;IV(1):20-23. In Russian].
6. Хаджибаев Ф.А., Элмуродов Г.К., Мансуров Т.Т., Шукуров Б.И., Элмуродов К.С. Возможности ультразвукового исследования в оценке характера и тяжести закрытой травмы живота. Вестн. экстр. мед. 2021;14(64):14-20 [Khadjibaev F.A., Elmurodov G.K., Mansurov T.T., Shukurov B.I., Elmurodov K.S. Vozmozhnosti ul'trazvukovogo issledovaniya v ocenke haraktera i tyazhesti zakrytoj travmy zhivota. Vestn. ekstr. med. 2021;14(64):14-20. In Russian]. https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss6/a2
7. Смоляр А.Н. Клиника, диагностика и лечение закрытой сочетанной травмы почек. Тихоокеанский

- мед. журн. 2008;1:52-53 [Smolyar A.N. Klinika, diagnostika i lechenie zakrytoj sochetannoj travmy почек. Tihookeanskij med. zhurn. 2008;1:52-53. In Russian].
8. Вередченко В.А. Диагностика и хирургическое лечение заболеваний органов забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М. 2009 [Veredchenko V.A. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie zabolevanij organov zabryushinnogo prostranstva: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M. 2009. In Russian].
 9. Хаджибаев Ф.А., Элмуратов Г.К., Мансуров Т.Т., Шукуров Б.И. Возможности лучевой диагностики закрытых травм живота. Вестник экстренной медицины. 2021;14(5), 114-118 [Khadjibaev F.A., Elmuradov G.K., Mansurov T.T., Shukurov B.I. Vozmozhnosti luchevoj diagnostiki zakrytyh travm zhivota. Vestnik ekstrennoj mediciny. 2021;14(5), 114-118. In Russian].
 10. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т. Наш опыт диагностической видеолaparоскопии при повреждении живота у больных с сочетанной травмой. Вестн. экстр. мед. 2011;3:25-31 [Khadjibaev A.M., Shukurov B.I., Hakimov A.T. Nash opyt diagnosticheskoy videolaparoskopii pri povrezhdeniyah zhivota u bol'nyh s sochetannoj travmoj. Vestn. ekstr. med. 2011;3:25-31. In Russian].
 11. Хаджибаев А.М., Султанов П.К. Абдоминальные кровотечения при кататравме. Вестн. хир. им. И.И. Грекова. 2016;175(2):43-48 [Khadjibaev A.M., Sultanov P.K. Abdominal'nye krvotecheniya pri kataravme. Vestn. hir. im. I.I. Grekova. 2016;175(2):43-48. In Russian]. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2016-175-2-43-48>
 12. 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. J Amer Coll Surg. 2008;207(5):646-55. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2008.06.342

ҚОРИНПАРДА ОРТИ СОҶА АЪЗОЛАРИНИНГ ТРАВМАТИК ШИКАСТЛАНИШИ: ҚЎШМА ШИКАСТЛАРДА БУЙРАКЛАРНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ

А.А. АЛИЖОНОВ¹, Б.Р. ИСҶОҚОВ¹, Н.Б. ИСҶОҚОВ², О.И. НЕЪМАТУЛЛАЕВ¹

¹Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали, Наманган, Ўзбекистон,

²Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақсад. Қорин бўшлиғи аъзолари ва буйрақларнинг қўшма шикастланиши диагностикаси ва давоси натижаларини яхшилаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга 2013–2020 йилларда РШТЎИМ Наманган филиалига ётқизилган 66 нафар 10 ёшдан 62 ёшгача бўлган, шу жумладан 48 (72,7%) нафар эркак ва 18 нафар (27,3%) аёллар буйрак ёпиқ шикасти билан киритилган. Буйракнинг шикастланиши беморнинг клиник кўриниши, ультратовушли текширув, МСКТ ва контрастли урография натижаларини ҳисобга олган ҳолда аниқланди. Буйрак шикастланишининг оғирлигини баҳолаш учун Америка жарроҳлик травмаси уюшмасининг Буйрак шикастланиши шкаласи (ААСТ) ишлатилган.

Натижалар. Монотерапия сифатида консерватив даво 36 (54,5%) нафар беморда амалга оширилди. Буйракнинг алоҳида шикастланиши 24 (36,4%) ва бошқа аъзолар билан биргаликда шикасти 42 (63,6%) нафар беморда аниқланди. Чап томонлама буйрак шикастланиши ўнг томонга (45,5%) қараганда тез-тез (54,5%) қайд этилган. Буйрак паренхимасининг ёрилиши ёки эзилиши билан III–IV даражали шикастланишда 30 нафар беморда қуйидаги жарроҳлик муолажалар амалга оширилди: 9 беморда люмботомия орқали буйрак жароҳатини тикиш, 11 беморда нефрэктомия. Лапаротомия вақтида 2 беморда нефрэктомия қилинган, 3 беморда паранефрал тўқималарни қайта кўриб чиқиш ва гематомани олиб ташлаш операцияси бажарилган. Паранефрал тўқимани қайта кўриб чиқиш ва гематомани олиб ташлаш жараёнида бир жабрланувчида чап буйрак венасининг ёрилиши аниқланган, у ангиожарроҳлар гуруҳи томонидан тикилган.

Хулоса. 90,9% ҳолларда буйрак шикастланиши кататравма (28,8%) ва йўл-транспорт ҳодисалари (21,2%) натижасида ёш ва меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамларда содир бўлади.

Буйрак шикастланиши (ААСТ бўйича II–III даражалар) консерватив даво учун кўрсатма бўлиб, оғир ҳолатларда (ААСТ бўйича IV–V даража) кўпинча лапаротомия ёки люмботомия амалга оширилади. Биргаликда шикастланишларда видеолaparоскопия диагностик хатоларни камайтиради, ташхис кўйиш вақтини қисқартиради ва беморлар учун минимал травма билан етарли терапевтик тадбирларни амалга оширишга имкон беради.

Калит сўзлар: қўшма шикаст, буйракнинг ёпиқ шикасти, ААСТ шкаласи, диагностика, консерватив даво, жарроҳлик даволаш.

Сведения об авторах:

Алижанов Аброржон Алижон угли – директор Наманганского филиала РНЦЭМП, хирург высшей категории.

Исхаков Баркамол Робиддинович – кандидат медицинских наук, руководитель научной лаборатории по высокотехнологической экстренной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП.

Исхаков Нурбек Баркамолович – врач-хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП. E-mail: ishakovn@mail.ru.

Неъматуллаев Ориф Иззатуллаевич – заведующий информационно-аналитическим отделением Наманганского филиала РНЦЭМП. E-mail: orifjon.nematullayev@bk.ru.

Поступила в редакцию: 15.04.2023

Information about the authors:

Alizhanov Abrorjon Alizhon ugli – Director of the Namangan branch of the RRCEM, surgeon of the highest category.

Iskhakov Barkamol Robiddinovich – MD, PhD, Head of Scientific Laboratory of High-Tech Emergency Surgery, Namangan Branch of RRCEM.

Iskhakov Nurbek Barkamolovich – Surgeon of the Department of Transplantology of the RRCEM. E-mail: ishakovn@mail.ru.

Nematullaev Orif Izzatullayevich – Head of the Information and Analytical Department of the Namangan branch of the RRCEM. E-mail: orifjon.nematullayev@bk.ru.

Received: 15.04.2023