

ной или сочетанной травмы живота. По данным ведущих клиник в последние годы растет количество тяжелых повреждений органов брюшной полости, в том числе открытых ранений, которые сопровождаются высокой летальностью. Это обуславливает необходимость широкого применения инструментальных методов диагностики при повреждениях органов брюшной полости.

Материалы и методы. За последние 4 года в клинику РНЦЭМП МЗ РУзб. доставлено 1026 пострадавших с сочетанной и изолированной травмой живота, из которых у 114 (11%) диагностирована травма печени. Повреждение печени при открытой травме живота имелись у 60 пострадавших, при закрытой - у 54 пострадавших. Возраст больных колебался от 19 до 80 лет. Пострадавшие молодого и трудоспособного возраста составили 55%. Мужчин было 96, женщин - 18.

При диагностике повреждений печени, кроме общеклинических исследований у 65,8% пострадавших использовали УЗИ брюшной полости, лапароскопическое исследование выполнена у 56 (42%) больных. Все больные с повреждениями печени были оперированы. У 64 пострадавших обнаружены надрывы и субкапсулярные гематомы печени. У 56 больных диагноз установлен при диагностической лапароскопии, при этом у 27 пациентов произведена конверсия. В этой группе сочетанные и множественные повреждения имелись у 26 пациентов: черепно мозговая травма у 12, повреждение грудной клетки у 8, и у 6 переломы опорно двигательного аппарата. У 23 больных при поступлении состояние расценивалось крайне тяжелой.

Результаты: Разрывы печени локализовались преимущественно IV-м, V-м и VI-м сегментах, соответствовали I и II степени тяжести (по В. С. Шапкину, 1977). Разрывы, относящиеся к I степени, были коагулированы.

Из 29 больных у 18 при диагностической лапароскопии обнаружены поверхностные разрывы печени, а у 11 пострадавших касательные ранения печени в результате проникающих ранений живота. Им всем произведены коагуляция повреждения печени с санацией и дренированием брюшной полости лапароскопическим способом.

У одного пациента с повреждением печени II степени, при котором глубина разрыва 4-го сегмента составляла 4,5-5 см, не удалось добиться устойчивого гемостаза лапароскопическим способом. Осуществлен переход на лапаротомию. В одном случае при подкапсульных гематомах печени, эндовидеовмешательства включали вскрытие гематомы и коагуляцию зоны повреждения.

Показанием для выполнения лапароскопической операции считаем гемоперитонеум не более 500 мл, отсутствие признаков повреждения полых органов. После визуальной диагностики и принятия решения о выполнении лечебной лапароскопии дополнительно устанавливали рабочие троакары в правой или левой подреберной области, а при открытых травмах в зависимости от локализации раневого канала. У 2 больных при поверхностных множественных разрывах печени к месту повреждения зафиксировали прядь большого сальника с помощью биоклея «Кат-

Курбанов Ш.П., Гулямов Б.Т.
**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ПЕЧЕНИ**

*Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи
(Республика Узбекистан, г. Ташкент)*

В современных условиях отмечается бурное развитие и внедрение малоинвазивных вмешательств в плановую и неотложную хирургию. Повреждение печени является одним из компонентов изолирован-