



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РАНЕНИЙ ПЕЧЕНИ.**



Худайкулов Б.К.,

Термезский университет экономики и сервиса, babakulkarjavovich@gmail.com,
<https://orcid.org/0009-0009-5366-195>



Латипов Д.А

Термезский университет экономики и сервиса, javagogosha@gmail.com,
<https://orcid.org/00900477381881>



Хонимкулова С.Ю. Термезский университет экономики и сервиса, [@saodatxonimqulova4439](https://orcid.org/0009000671304804)
<https://orcid.org/0009000671304804>

Аннотация

Печень по частоте повреждения уступает только тонкому кишечнику. В связи с особенностью - покрытием тонкой капсулой, рыхлым строением паренхимы и анатомическим расположением. Основной причиной осложнений ранений печени является объемное внутрибрюшное кровотечение. После повреждений, массивные кровопотери и желчевыделение представляет угрозу жизни для пострадавших. Поэтому своевременная госпитализация, диагностика и оперативное вмешательство, а также выбор адекватного способа гемостаза приобретает особую значимость. При этом хирург обязан свести к минимуму опасность развития тяжелых внутрибрюшных осложнений, частота которых



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

достигает 17-33 %. В большинстве случаев травмы печени бывают: множественными, сочетанными и изолированными, они встречаются реже- 7-8%. Проникающие ранения печени наблюдаются в 20-27 % случаев. Послеоперационное течение при ранениях печени менее летально, достигает до 12 %.

Ключевые слова: Ранение печени, желчевыделение, тонкая капсула, внутреннее кровотечение, постгеморрагический шок, аутореинфузия крови.

Annotation

The liver ranks second in frequency of injury after the small intestine, due to its thin capsule covering, loose parenchymal structure, and anatomical location. The main cause of complications in liver injuries is massive intra-abdominal bleeding. Following injuries, extensive blood loss and bile leakage pose a life-threatening danger to the victims. Therefore, timely hospitalization, diagnosis, and surgical intervention, as well as the choice of an adequate method of hemostasis, acquire particular importance. At the same time, the surgeon must minimize the risk of severe intra-abdominal complications, the incidence of which reaches 17–33%. In most cases, liver injuries are multiple, combined, and isolated injuries occur less frequently—7–8%. Penetrating liver wounds are observed in 20–27% of cases. Postoperative course in liver injuries is less lethal, reaching up to 12%.

Keywords: Liver injury, bile leakage, thin capsule, internal bleeding, post-hemorrhagic shock, autotransfusion of blood.

Annotatsiya

Jigar shikastlanish tez-tezligiga ko'ra ingichka ichakdan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Bu holat uning yupqa kapsula bilan qoplanganligi, parenximasining bo'sh tuzilishi va anatomik joylashuvi bilan bog'liq. Jigar jarohatlarida asoratlarning asosiy sababi — qorin bo'shlig'idagi massiv qon ketish hisoblanadi. Shikastlanishdan so'ng ko'p miqdordagi qon yo'qotish va o't ajralishi bemor hayoti uchun jiddiy xavf tug'diradi. Shuning uchun o'z vaqtida kasalxonaga yotqizish, to'g'ri tashxis qo'yish va jarrohlik aralashuvi, shuningdek, adekvat gemostaz usulini tanlash muhim ahamiyatga ega. Shu bilan birga, jarroh og'ir qorin ichki asoratlarning rivojlanish xavfini imkon qadar kamaytirishi kerak, ularning uchrash chastotasi 17–33% gacha yetadi. Ko'pchilik hollarda jigar jarohatlari ko'p, birikkan bo'ladi, yakka (izolyatsiyalangan) shikastlanishlar esa nisbatan kam — 7–8% ni tashkil etadi. Jigarning teshib kiruvchi (penetratsion) jarohatlari 20–27% holatlarda kuzatiladi. Operatsiyadan keyingi davrda o'lim holati nisbatan past bo'lib, 12% gacha yetadi.

Kalit so'zlar: Jigar jarohati, o't ajralishi, yupqa kapsula, ichki qon ketish, gemorragik shokdan keyingi holat, qonning avto-reinfuziyasi.

Введение

Печень по частоте повреждения уступает только тонкому кишечнику. В связи с особенностью - покрытием тонкой капсулой, рыхлым строением паренхимы и анатомическим расположением. Основной причиной осложнений ранений печени является объемное внутрибрюшное кровотечение. После повреждений, массивные кровопотери и желчевыделение представляет угрозу жизни для пострадавших. Поэтому своевременная госпитализация, диагностика и оперативное вмешательство, а также выбор адекватного способа гемостаза приобретает особую значимость. При этом хирург обязан свести к минимуму опасность развития тяжелых внутрибрюшных осложнений, частота которых достигает 17-33 %. В большинстве случаев травмы печени бывают: множественными, сочетанными и изолированными, они встречаются реже- 7-8%. Проникающие ранения печени наблюдаются в 20-27 % случаев. Послеоперационное течение при ранениях печени менее летально, достигает до 12 % [1, 3, 5].

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения при ранении печени.

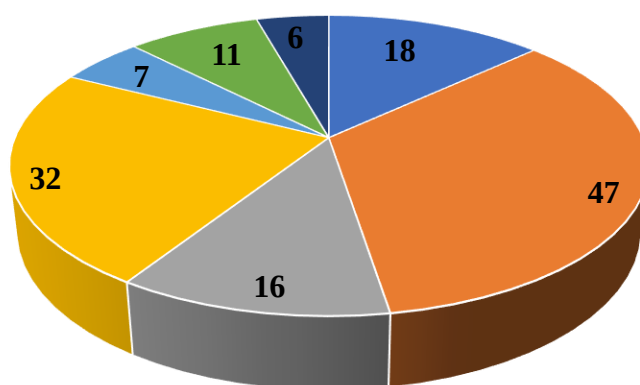


TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Материалы и методы: у 137 больных были изучены результаты лечения ранения печени и их клинические течения. Систематизирован 20-летний опыт службы экстренной медицинской помощи Сурхандарьинского филиала Республики Узбекистан. За период с 2005 по 2025 год в Сурхандарьинском филиале РНЦЭМП госпитализированы 137 больных. Из них с ранениями печени и их связок, с касательными ранениями диафрагмы: 18 человек; ранениями правой и левой доле печени: 47 человек; ранениями левой доле печени и их протоков: 16 человек; ранениями только правой доле печени: 32 человека; ранения печени и стенки желчного пузыря: 7 человека; с ранениями V-VI сегменте печени их сосудов и протоков, гемобилиарным: более 6 больных; с ранениями левой доле печени и селезенка: 11 человек.



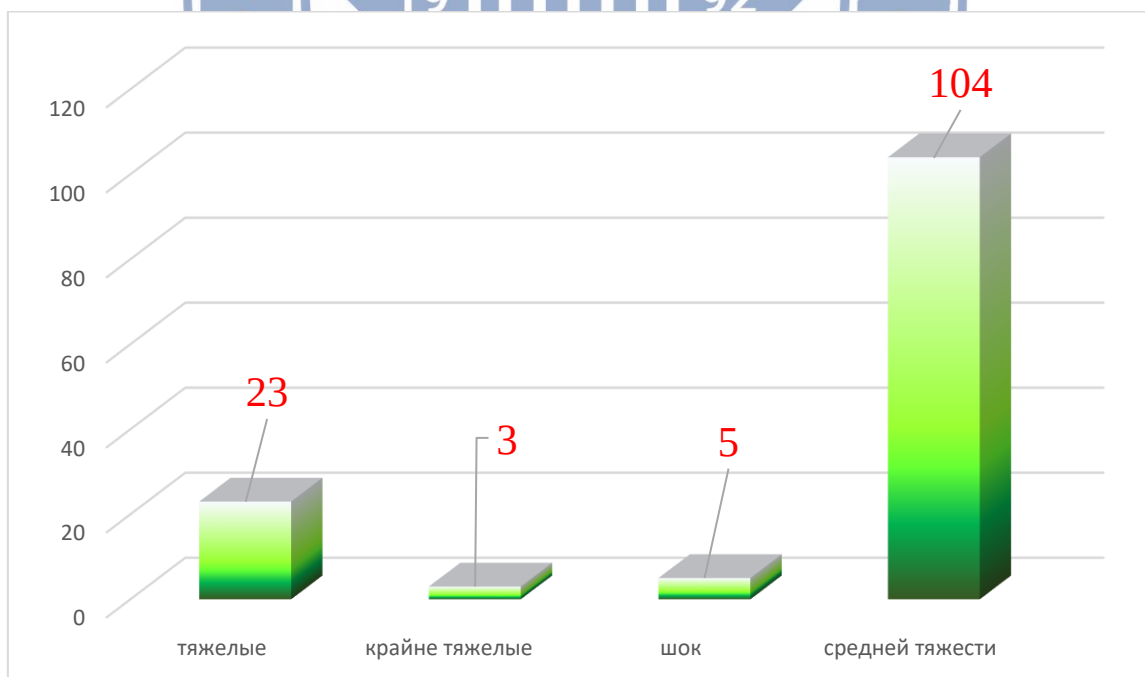
- ранения диафрагмы
- ранениями правой и левой долей
- ранениями левой доли печени и их протоков
- ранениями только правой доле печени
- ранения печени и стенка желчного пузыря
- ранениями левой доле печен и селезенки
- ранениями V-VI сегмента печени

Изучение локализаций повреждений печени показало, что наиболее часто повреждаются V-VI- сегменты преимущественно сегменты правой доле печени-102 случаях (%) и сегменты левой доли: 35 случаях (%).

Клиника заболевания при повреждении печени характеризуется синдромом внутреннего кровотечения и острого живота. Также складывается из общих и местных признаков повреждений. Которые зависят от механизма, характера и вида травмы печени, скорости кровотечения, объёма кровопотери, наличия или отсутствия повреждения других органов, временем с момента нанесения травмы. Наиболее частыми симптомами при повреждении печени является травматический, геморрагический шок, признаки внутреннего кровотечения болевой синдром, признаки перитонита [2]. Одинокое ранение верхней половины живота у 7 больных, в остальных случаях были множественные ранения печени. Возраст больных составлял от 18 до 33 лет, мужчин было 119, женщин 18. В том числе в результате полученных криминальных травм на улице у 87 больных, повреждение полученные в быту у 28 больных, на производстве у 10 больных, вследствие покушения у 12 больных.



Как известно все ранения паренхиматозных органов относятся к категории тяжелых больных с обильными потерями крови. Общее состояние большинства больных было тяжелым: 23; крайне тяжелым: 3; в состоянии постгеморрагического тяжелого шока: 5, которым нужно оказать в реанимационном отделении срочную экстренную медицинскую помощь, в остальных случаях у 104 раненых больных общее состояние при поступлении в клинику было средней тяжести, которым было оказано в экстренном порядке госпитализация [4].



По необходимости в зависимости от состояния больных производили срочный общий анализ крови и клинико-биохимические анализы, а также необходимые диагностические исследования. Рентгенологический признак проникновения ранения в брюшную полость-свободный газ под куполами диафрагмы в 9 случаях. Однако при не ясных клинических симптомах повреждений органов брюшной полости у пострадавших с сочетанной травмой диктует необходимость применения инструментальных исследования. КТ обладает высокой диагностической точностью большой разрешающей способностью и специфичностью, однако



её применение при ножевом ранении печени, резко ограничено при нестабильной гемодинамике, не транспортабельности, проведении реанимационных мероприятий.

Другим методом обязательного обследования больных с ранениями живота является УЗИ, что выполнено у 103 пациентов.

Клинико-инструментальные признаки повреждение органов брюшной полости у больных с ранениями печени проявляются в достаточно ограниченном числе случаев. Так признаки внутреннего кровотечения в виде гемоперитонеума. Значительно часто диагностировали-Эвентрация ножки большого сальника или петли тонкого кишечника с продолжающимся кровотечением из раны. При расположении входного отверстия в проекции печени даже при доказанном факте проникающего колото резанного ранения, возможно отказ от экстренной лапаротомии.

Отсутствие клинических признаков явного внутрибрюшного кровотечения, малое количество жидкости по данным УЗИ, позволяет аргументированно прибегнуть к лечебнодиагностической видеолапароскопии.

Достаточно низкая частота проявления клинико-инструментальных признаков повреждения брюшной полости не превышающая 38,1% побудила нас к использованию видео лапароскопию. Показаниями к видео лапароскопической ревизии органов брюшной полости данной категории больных являются отсутствие клинико-инструментальных данных повреждения внутренних органов, с целью ревизии органов брюшной полости у которых не ясно было клинико-инструментальных признаков повреждения внутренних органов, особенно при единичных ранениях, при самотомпонировании сгустками кровью, ножкой большого сальника и при глубокий не прямой ход ранения, особенно где множественно мышечных слоев, а также брюшной полости накопившейся крови не больше 500,0мл.

Результаты: Из 137 больных с ранениями печени, поверхностные ранения печени диагностированы у 3, которым было применена видеолапароскопия и успешно выполнена эндоскопический гемостаз и ревизии органов брюшной полости.

Оптимальным доступом при ножевое ранения печени считаем срединную лапаротомии и не дополнением ее косопоперечными разрезами брюшной стенки.

Вмешательства на 7-8-м сегментах становились возможными после пересечения связочного аппарата печени с последующей тракцией органа за культю круглой связки. При глубоких ранениях печени произведено следующие виды операции ушивание ран печени-36, ушивание рана печени и холецистэктомия-у3 случаях, подлежащий часть к удалению печени то непосредственно в общий желчный проток, который дренировали по Холестеду-Пиковскому, поврежденные внутрипеченочные желчные протоки прошивали атравматической иглой выкрилом 3.0- у 7 случаях. Операция ушивания рана печени и тампонадой часть большого сальника на длинной ножке- у 65 случаях. В одном случае гемобилиарном свище и глубоких повреждениях желчных протоков произведено коагуляционной гемостаз с тампонированием и дренированием под печеночной области и малый таз. Потерие кровы более 1500 мл было произведено аутореинфузии крови- у 5 случаях при повреждении паренхиматозных органов, без повреждения секреторных структур печени. Частота послеоперационных осложнений коррелирован с тяжестью травмы и объёмом выполненных хирургических вмешательств. В тех случаях, когда тяжесть и характер травмы позволяли ограничиться применением эндовидеохирургических вмешательств. В послеоперационном периоде не отмечали клинически значимых ранних послеоперационных осложнений и летальных исходов.

В тех случаях когда ранения печени было множественными или глубокими и продолжал гемобилиарными свищами окзано в районных условиях экстренной операции при которым было обнаружено гемобилиарный свиш на V -сегменте печени, послеоперационной течение протекал тяжелым общее состоянием высокой температурой, после консультации специалиста



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

и приглашение по линии САС-больной был взято повторная операции коагулирован ранения печени и частично остановлен кровотечения, последующим дренирован и тампонирован после стабилизации состояние больного переведён специализированный центр Хирургии именуем Академика В.В.Вахидова.

Выводы.

1. При повреждение печени 3-4 степени тяжести для профилактики развития перитонита, абсцессов брюшной полости необходимо наружное дренирование желчевыводящих путей. Размощенных ран печени, поддиафрагмального и под печеночного пространства.

2. Диагностически значимыми при ножовых ранениях печени являются УЗИ, Лапароскопия, Лапароситеза.

3. Объем оперативного вмешательства ранения печени должен быть строго дифференцированным соответственно тяжести повреждения органа и направленным, прежде всего, на обеспечение гемостаза с минимальным для пострадавшего жизненным риском.

4. Во время выполнение качественных оперативных вмешательств, аутореинфузия крови и применение методов детоксикации в лечения позволили без летальных исходов при ранение печени.

Литература

1. М.М.Абакумов., Н.В.Лебедев., В.И.Малярчук. Повреждения живота при сочетанной травме. М. Медицина 2005.
2. Гуманенко Е.К. Военно-полевая хирургия-м ГЭОТАР. Медиа 2008-с 711-744.
3. Подолужный В.И., Раидионов И.А., Пельц В.А., Старцев А.Б., Краснов К.А., Шаталин В.А. Травматические повреждения печени. Политравм. 2023; 1:34-8.
4. А.М.Хаджибаев. Руководство по оказанию экстренной медицинской помощи. 1-11 том. ИПТД. Узбекистан. 2018.
5. А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Е.С.Владимирова. Травма печени М. Медицина 2003.