

МЕСТО ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ТРАВМАМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: 20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ НАМАНГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

A.A. АЛИЖАНОВ, Б.Р. ИСХАКОВ, Н.Б. ИСХАКОВ

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

THE ROLE OF ENDOVIDEOSURGERY IN THE DIAGNOSING AND TREATMENT OF PATIENTS WITH EMERGENCY PATHOLOGIES AND TRAUMAS OF THE ABDOMINAL CAVITIES 20-YEARS OF EXPERIENCE OF NAMANGAN BRANCH OF RRCEM

A.A. ALIDJANOV, B.R. ISKHAKOV, N.B. ISKHAKOV

Namangan Branch of the Republican Research Centre of Emergency Medicine

Цель. Анализ 20-летнего опыта применения средств эндовидеохирургии в диагностике и лечении больных с экстренной патологией и травмами органов брюшной полости в Наманганском филиале РНЦЭМП.

Пациенты. За период 2001–2021 гг. экстренные видеоэндохирургические вмешательства выполнены 22996 больным, в том числе лапароскопия – у 12792 (55,6%) взрослых пациентов и у 317 (1,4%) детей, по поводу гинекологической патологии – в 9197 (40%) случаях, торакоскопия – в 690 (3%).

Результаты. Отмечена более ранняя активация больных после видеолапароскопического вмешательства по сравнению с больными, перенесшими лапаротомию (1,4 и 1,9 суток соответственно), более быстрое разрешение послеоперационного пареза кишечника (2 и 3 суток), а также меньшая длительность применения наркотических анальгетиков (1 и 1,5 суток). Послеоперационная летальность в группе лапароскопических операций составила 2,8%.

Заключение. Видеолапароскопия при ургентных заболеваниях и травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза и минимизировать случаи «напрасных» лапаротомий.

Ключевые слова: брюшная полость, ургентная патология, травма, лапароскопия, диагностика и лечение.

Aim. Analysis of 20 years of experience in the use of endovideosurgery in the diagnosis and treatment of patients with emergency pathology and injuries of the abdominal organs in the Namangan branch of the RRCEM.

Patients. For the period 2001–2021 emergency video endosurgical interventions were performed in 22996 patients, including laparoscopy in 12792 (55.6%) adult patients and 317 (1.4%) children, for gynecological pathology – in 9197 (40%) cases, thoracoscopy – in 690 (3%).

Results. An earlier activation of patients after video laparoscopic intervention was noted compared to patients who underwent laparotomy (1.4 and 1.9 days, respectively), faster resolution of postoperative intestinal paresis (2 and 3 days), as well as a shorter duration of use of narcotic analgesics (1 and 1.5 days). Postoperative mortality in the group of laparoscopic operations was 2.8%.

Conclusion. Video laparoscopy for urgent diseases and injuries can reduce diagnostic errors, reduce the time to establish a diagnosis, and minimize the cases of «futile» laparotomies.

Keywords: abdominal cavity, urgent pathology, trauma, laparoscopy, diagnostics and treatment.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss6/a5

Введение

XXI век характеризуется резким ростом травматизма, что связано с возрастающими транспортными потоками, высотным строительством и многим другим [1, 4, 7, 9].

По данным В.М. Казаряна [4], частота диагностических ошибок при травмах живота варьирует от 7 до 25%. Бо-

лее высокие цифры приводят В.Н. Ситников и соавт. [7], А.М. Хаджибаев и соавт. [9–11] – 38,9 и 27–70% соответственно. Послеоперационные осложнения наблюдаются у 50% пострадавших. Кроме диагностических ошибок, в исходах сочетанной и изолированной травм живота большое значение имеют диагностические, тактические и технические ошибки при выполнении хирургических вмешательств,

особенно при наличии кровотечения. В связи с этим общая летальность пострадавших с повреждением живота при сочетанной травме достигает 60% [2, 5, 6, 8, 9, 11].

Актуальность этой проблемы можно объяснить не только этим, но и трудностью диагностики особенно среди лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения и тем, что получают такие травмы люди наиболее молодого (от 18 до 39 лет) и работоспособного возраста [2, 3, 12, 13]. Диагностика острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости, 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 [1, 2, 5, 6, 10].

Внедрение новых технологий в диагностике и лечении острой хирургической патологии и травм органов брюшной полости является важнейшим фактором в решении основных задач ургентной хирургии. В последнее десятилетие широко и повсеместно развивается лапароскопическая хирургия – наиболее перспективное направление в современной клинической медицине [5, 6, 11, 13].

Трудности дифференциальной диагностики острой хирургической патологии, а также различных травматических повреждений подчёркивались многими авторами. Зачастую своевременный и точный диагноз возможен только при проведении так называемых открытых хирургических вмешательств. Вместе с тем стандартные подходы к диагностическим и лечебным мероприятиям отличаются высокой травматичностью. Особым риском сопровождаются операции по поводу сочетанных повреждений различных органов и систем организма. Стремление хирургов к уменьшению травматичности хирургических вмешательств привело к широкому распространению в абдоминальной хирургии миниинвазивных технологий [2, 3, 6, 9, 11].

В связи с этим разработка и внедрение в практику новых технологий малоинвазивной хирургии является одной из характерных особенностей современного этапа развития хирургии [2, 6, 10].

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 – проведения щадящих, но эффективных в лечебном отношении вмешательств [4, 9, 11].

Видеолапароскопическая хирургия является приоритетной, но к ней определены показания и противопоказания, соблюдение которых позволило избежать неблагоприятных исходов, связанных с применением этого метода в ургентной патологии [1, 9].

Цель. Анализ 20-летнего опыта Наманганского филиала РНЦЭМП по диагностике и лечению больных с экстренной патологией и травмами органов брюшной полости и забрюшинного пространства с применением видеолапароскопической техники.

Материал и методы

За период с 2000 по 2020 г. в Наманганском филиале РНЦЭМП были проведены 22996 видеолапароскопических и торакоскопических вмешательств. По экстренным патологиям и травмам органов брюшной полости, забрюшинного пространства лапароскопические вмешательства выполняли у 12792 (55,6%) пациентов. Лапароскопические операции по ургентной гинекологической патологии были вы-

полнены у 9197 (40%) больных. Лечебно-диагностическая и оперативная торакоскопия проведена у 690 (3%) больных. На долю пациентов детского возраста приходилось 1,4% (317) проведенных видеолапароскопических исследований.

Значительная доля лапароскопических вмешательств в ургентной абдоминальной хирургии (52,9%) была выполнена по поводу острого калькулезного холецистита (6764 из 12792 лапароскопии в абдоминальной хирургии).

Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 3679 (28,8%) больных, лапароскопическое ушивание перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки – у 231 (1,8%), лапароскопическое вмешательство по поводу панкреонекроза, панкреатогенного перитонита – у 152 (1,2%) больных.

Из 175 (1,4%) пациентов со спаечной кишечной непроходимостью лапароскопический адгезиолизис удалось выполнить у 163 (93%), в остальных случаях пришлось переходить на конверсионную лапаротомию – 12 (7%).

Лапароскопическая некрэктомия по поводу перекрута и некроза жировой подвески толстой кишки была выполнена 33 (0,3%) пациентам, при некрозе пряди большого сальника – 3.

Выявленная патология – цирроз печени осложненной асцитом-перитонитом у 33 (0,3%) больных, явилась показанием к санации и дренированию брюшной полости.

Видеолапароскопическая санация была эффективной у 89 (0,7%) больных с катаральной и флегмонозной формой болезни Крона, осложненной перитонитом, из-за сегментарного поражения с некрозом тонкой кишки переходили на традиционный метод операции – у 18 (0,1%).

При послеоперационных внутрибрюшных осложнениях видеолапароскопические вмешательства оказались эффективными у 29 из 31 больного с желчеистечениями и у 10 из 12 с кровотечениями.

При послеоперационных перитонитах (ПОП) видеолапароскопическая санация (ВЛС) была выполнена 127 пациентам. Программируемая видеолапароскопическая санация была проведена однократно в 80-ти случаях, двукратно – в 25-ти случаях, трехкратно – в 19-ти случаях, четырехкратная ВЛС была проведена в 3 случаях, таким образом, было проведено 199 ВЛС у 127 больных с ПОП.

12 пациентам диагностическая лапароскопия была выполнена через дренажную трубку. У 491 (3,8%) больного ургентная патология исключена.

На диагностическом этапе лапароскопии у 284 больных были выявлены следующие патологии: острый мезентериальный лимфаденит – у 138, цирроз печени с асцитом – у 26, тромбоз мезентериальных сосудов – у 21, канцероматоз брюшины с асцитом – у 17, туберкулезный полисерозит – у 13, паранефрит – у 12, расслаивающиеся аневризмы аорты – у 1, инфильтраты (21) и опухоли различной локализации брюшной полости – у 10.

Прорвавшиеся эхинококковые кисты печени (4), брюшной полости (2), гемангиома печени (3) и большого сальника (2) явились показанием к лапаротомии. Выявленные инородные тела (резиновая полоска, швейная игла) удалены лапароскопическим способом.

При тупой травме живота (167), сочетанных травмах (362) и ранениях живота (57) с подозрением на повреждение органов брюшной полости, органов забрюшинного пространства выполнено 620 лечебно-диагностических лапароскопий (586 у взрослых и 34 у детей).

В неотложной гинекологии эндохирургический метод является приоритетным. Значительная доля эндометриоидных вмешательств была выполнена по ургентной гинекологической патологии (9197 (40%) больных).

Закрытая травма живота часто сопровождается тяжелыми сочетанными повреждениями, шоком, расстройствами сознания, применением наркотиков для обезболивания на догоспитальном этапе, алкогольным опьянением, что в ряде случаев определило трудности современной диагностики и увеличение дооперационного периода. В случаях неясной клинической картины считаем обоснованным использование видеолапароскопии как достоверного диагностического метода. Обязательными условиями для выполнения этого метода диагностики считаем стабильное состояние пациента. С 2000 года видеолапароскопия была включена в лечебно-диагностический алгоритм у 620 больных с травмой живота.

По возрастному показателю пострадавшие были распределены следующим образом: до 19 лет – 34 (5,5%) от 19 до 44 лет – 379 (61,1%), от 45 до 59 лет – 167 (26,9%), старше 60 лет – 40 (6,5%) больных. Лица трудоспособного возраста составили 65,5%. Мужчин было 442 (71,3%), женщин – 178 (28,7%).

При изучении характера травмы было отмечено превалирование травм, полученных при дорожно-транспортном происшествии – 395 (63,7%), при падении с высоты – 159 (25,6%), спортивных травм – 20 (3,2%), а также травм, полученных в результате удара тупым предметом – 46 (7,4%). Хотим отметить, что среди детей школьного возраста от 8 до 14 лет преобладали травмы, полученные при падении с высоты, а также спортивная травма.

Состояние при поступлении оценивалось крайне тяжелым у 104 (16,8%) пострадавших, тяжёлой степени – у 270 (43,5%), средней тяжести – у 212 (34,2%) и легкой степени тяжести – у 34 (5,5%). Больные тяжёлой и крайне тяжелой степенью тяжести госпитализированы непосредственно в реанимационное отделение или палаты интенсивной терапии.

В течение первого часа с момента полученной травмы поступило 305 (49,2%) пострадавших, до 3 часов – 232 (37,4%), до 6 часов и более – 83 (13,4%).

Изолированная травма живота встречалась у 179 (28,9%) пострадавших и политравма (повреждение двух и более органов) – у 81 (13,1%). Краинеабдоминальная травма наблюдалась у 70 (11,3%) пострадавших, повреждения органов брюшной полости и ЗБП сочетались с переломами костей конечности – у 89 (14,4%) и с повреждением почек – 39 (6,3%) пострадавших.

Торакоабдоминальная травма выявлена у 48 (7,7%) пострадавших, травма органов брюшной полости сочеталась с переломами костей таза – у 22 (3,5%), с переломом позвоночника – у 23 (3,7%). У 69 (11,1%) больных с политравмой при диагностической лапароскопии повреждения органов брюшной полости исключены.

Показаниям к диагностической лапароскопии являлись следующие ситуации:

- неясная клиническая картина и подозрение на повреждение внутренних органов;
- пациенты с сочетанной абдоминальной и черепно-мозговой травмой, а также пострадавшие, находящимся в состоянии алкогольного опьянения;
- артериальная гипотензия неясного генеза.

Результаты и обсуждение

При диагностической лапароскопии были выявлены: разрыв печени – у 164 (26,5%) больных, селезенки – у 52 (8,4%), брыжейки тонкой кишки – у 29 (4,7%), брыжейки ободочной кишки с обширной гематомой – у 26 (4,2%), поджелудочной железы – у 21 (3,4%), обширная забрюшинная гематома и гемоперитонит – у 38 (6,1%), разрыв и гематома большого сальника – 22 (3,5%).

Повреждения полых органов выявлены в 36 (5,8%) случаях. Забрюшинная гематома при переломах костей таза, позвоночника была отмечена у 20 (3,2%) пострадавших.

Забрюшинная гематома без гемоперитониума была у 35 (5,6%) пострадавших. Забрюшинная гематома с геморрагическим выпотом – у 29 (4,7%) больных. Разрыв двенадцатиперстной кишки диагностирован у 3 (0,5%) пациентов, желудка – у 3 (0,5%).

Травматические повреждения двух и более органов брюшной полости диагностированы у 64 (6,6%) пострадавших.

Кровотечения из раны передней брюшной стенки больных предотвращены у 7 (1,1%) лапароскопическим способом, с применением скорняжной иглы. Повреждение диафрагмы, выявленное у 2 (0,3%) больных, явилось показанием к традиционной операции.

Нами лапароскопические признаки повреждений органов брюшной полости были исключены у 69 (10,3%) пострадавших.

В 234 (37,7%) наблюдениях показаниями к лапаротомии были гемоперитонеум более 500 мл, перитонит, травма полых органов, глубокие (3 и более степень по Moore) повреждения паренхиматозных органов с кровотечением.

Видеолапароскопические вмешательства при сочетанной травме органов брюшной полости оказались эффективными и окончательными у 317 (51,1%) пострадавших.

Выявленные при лапароскопии субсерозные небольшие гематомы паренхиматозных и полых органов (17–5,4%), гематома передней брюшной стенки (15–4,7%) не потребовали активных хирургических вмешательств, этим больным достаточной оказалась диатермокоагуляция капиллярных кровоточащих зон.

Лапароскопическое ушивание раны печени с гепатоментопексией (42–13,2%) и повреждений брыжейки тонкой кишки (28–8,8%) выполнено у 70 (22,1%) пострадавших.

У 63 (19,9%) пострадавших с поверхностным разрывом печени и селезенки (48–15,1%) окончательный гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией, санацией и дренированием брюшной полости.

У 76 (23,9%) пациентов с разрывом большого сальника, брыжейки тонкой кишки биполярная диатермокоагуляция оказалась достаточной для остановки капиллярного кровотечения.

Контрольно-динамическая лапароскопия в послеоперационном периоде была выполнена у 18 (5,7%) больных. Релапароскопия при продолжающихся кровотечениях из поверхностной раны печени была выполнена 10 (3,2%) пациентам.

В послеоперационном периоде у пострадавших с травмами живота отмечена более ранняя активация после видеолапароскопического вмешательства по сравнению с больными, перенесшими лапаротомию – 1,4 и 1,9 суток соответственно, более быстрое разрешение послеоперационного пареза кишечника – 2 и 3 суток, а также меньшая длительность применения наркотических аналгетиков – 1 и 1,5 суток.

Из группы выполненных лапароскопических операций умерли 9 (2,8%) больных с сочетанными множественными травмами органов брюшной полости. Причинами летального исхода являлись: посттравматический, постгеморрагический шок, мозговая кома.

Заключение

Видеолапароскопическая хирургия является приоритетной, но к ней определены показания и противопоказания, соблюдение которых позволило избежать неблагопри-

ятных исходов, связанных с применением этого метода в ургентной патологии. 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 пациентов и в большинстве случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

Литература

1. Абу Шамсия Р.Н. Возможности применения лапароскопических вмешательств в диагностике и лечении в неотложной абдоминальной хирургии. Клиническая медицина. 2013; 3:5-18 [Abu Shamsiya R.N. Vozmozhnosti primeneniya laparoskopicheskikh vmeshatel'stv v diagnostike i lechenii v neotlozhnoy abdominal'noy khirurgii. Klinichna meditsina. 2013; 3:5-18. In Russian].
2. Алтыев Б.К., Рахимов О.У., Асамов Х.Х. Диагностика и лечение внутрибрюшных осложнений в хирургии желчных путей. Вестник экстренной медицины. 2012; 4:73-78 [Altyev B.K., Rakhimov O.U., Asamov Kh. Kh. Diagnostika i lechenie vnutribryushnykh oslozhneniy v khirurgii zhelchnykh putey. Vestnik ekstrennoy meditsiny. 2012; 4:73-78. In Russian].
3. Жебровский В.В., Тимошин А.Д., Готье С.В. и др. Осложнения в хирургии живота: Руководство для врачей – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006: 448 [Zhebrovskiy V.V., Timoshin A.D., Got'e S.V. i dr. Oslozhneniya v khirurgii zhivota: Rukovodstvo dlya vrachey – M.: OOO «Meditinskoe informatsionnoe agentstvo», 2006: 448. In Russian].
4. Казарян В.М. Дефекты оказания хирургической помощи при закрытых повреждениях живота. Вестник хирургии. 2007; 3:43-45 [Kazaryan V.M. Defekty okazaniya khirurgicheskoy pomoshchi pri zakrytykh povrezhdeniyakh zhivota. Vestnik khirurgii. 2007; 3:43-45. In Russian].
5. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Киш В.Л. и др. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при хроническом калькулезном холецистите. Эндоскопическая хирургия. 2000; 4:39-41 [Karimov Sh.I., Krotov N.F., Kish V.L. i dr. Oslozhneniya laparoskopicheskoy kholetsistektomii pri khronicheskem kal'kuleznom kholocestite. Endoskopicheskaya khirurgiya. 2000; 4:39 - 41. In Russian].
6. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом. Анналы хирургической гепатологии, 2007; 3(12):92. [Nazyrat F.G., Akbarov M.M., Nişanov M.Sh. Laparoskopicheskaya kholetsistektomiya u bol'shikh s ostrym kholocestitom. Annaly khirurgicheskoy hepatologii, 2007; 3:(12):92. In Russian].
7. Ситников В.Н., Черкасов М.Ф., Литвинов Б.И. и др. Видеоэндохирургическая диагностика и лечение повреждений живота при сочетанной травме. Хирургия. 2006; 7:45-50 [Sitnikov V.N., Cherkasov M.F., Litvinov B.I. i dr. Videoendokhirurgicheskaya diagnostika i lechenie povrezhdeniy zhivota pri sochetannoy travme. Khirurgiya. 2006; 7:45-50. In Russian].
8. Стяжкина С.Н. Зарипова А.Т., Гачегова А.Ю. Статистика травм, полученных в дорожно-транспортных происшествиях в Удмуртской Республике за 2015. Вестник науки и образования. 2016; 5(17):72-75 [Styazhkina S.N. Zaripova A.T., Gachegeva A.Yu. Statistika travm, poluchennykh v dorozhno-transportnykh proisshestviyah v Udmurtskoy Respublike za 2015. Vestnik nauki i obrazovaniya. 2016; 5(17):72-75. In Russian].
9. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Арипов У.Р., Махмудов И.С. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости. Вестник хирургии имени И.И. Грекова, 2006; 165 (3):58-60 [Khadjibaev A.M., Atadzhyanov Sh.K., Aripov U.R., Makhmudov I.S. Rol' laparoskopii v diagnostike i lechenii ostrykh khirurgicheskikh zabolevaniy i travm organov bryushnoy polosti. Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova, 2006; 165 (3): 58-60. In Russian].
10. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Шукuroв Б.И., Хакимов А.Т. Видеолапароскопия в диагностике и лечении повреждений органов брюшной полости при сочетанной травме. Вестник экстренной медицины 2009; 3; 18-20 [Khadjibaev A.M., Atadzhyanov Sh.K., Shukurov B.I., Khakimov A.T. Videolaparoskopiya v diagnostike i lechenii povrezhdeniy organov bryushnoy polosti pri sochetannoy travme. Vestnik ekstrennoy meditsiny 2009; 3; 18-20. In Russian].
11. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Янгиеев Р.А. и др. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме. Вестник экстренной медицины. 2010; 3:50 [Khadjibaev A.M., Atadzhyanov Sh.K., Yangiev R.A. i dr. Diagnostika povrezhdeniy zhivota pri sochetannoy travme. Vestnik ekstrennoy meditsiny. 2010; 3:50. In Russian].
12. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. М Триада X, 2004:640 [Rukovodstvo po neotlozhnoy khirurgii organov bryushnoy polosti. Pod redaktsiey B.C. Savel'eva. M Triada Iks, 2004:640. In Russian].
13. Smith S.S., Tgoi E.K., Fry M.R. et al. Laparoscopic evaluation of abdominal trauma. A preliminary report. Contemp. surg 1993; 42(2):13-18.

ҚОРИН БҮШЛИГИ АЪЗОЛАРИНИНГ ШОШИЛИНЧ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ШИКАСТЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДА ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯНИНГ ЎРНИ

А.А. АЛИЖНОВ, Б.Р. ИСХОҚОВ, Н.Б. ИСХОҚОВ

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Наманган филиали

Мақсад. Қорин бүшлиги аъзоларининг ўтқир касалликлари ва шикастланишларида эндовидеохирургия воситаларини кўллаш бўйича РШТЁИМнинг Наманган филиали тажрибасини таҳлил қилиш.

Беморлар. 2001-2021 йиллар давомида видеоэндохирургик амалиётлар 22996 нафар bemorda қўлланилган бўлиб, шулардан 12792 та (55,6%) катта ёшдаги ва 317 (1,4%) болаларга лапароскопия,

9197 (40%) ҳолатда гинекологик касалликлар бўйича лапароскопия ва 690 нафар (3%) беморга тора-
коскопия қўлланилган.

Натижалар. Лапаротомия ўтказилган bemorlariga nisbatan videolaparoskopik amaliyotlari bajarilgan bemorlar эртароқ фаоллашганлиги (mos ravishda 1,9 va 1,4 kун), операциядан кейинги ичаклар парези эртароқ бартараф қилинганилиги (3 va 2 кун) ҳамда наркотик аналгетикларни қабул қилиш давомийлиги камайганилиги (1,5 va 1 кун) қайд қилинди. Лапароскопия бажарилган гуруҳда операциядан кейинги ўлим қўрсаткичи 2,8%ни ташкил қилди.

Хуноса. Ургент касалликлар ва шикастланишларда видеолапароскопияни қўллаш диагностик хатоликларни камайтиришга, тўғри ташхис қўйиш муддатини қисқартиришга ва эксплоратив лапаротомия ҳолатларини минималлаштиришга имкон яратади.

Калим сўзлар: қорин бўшлиғи аъзоларининг шошилинч касалликлари ва шикастлари, лапароскопия, диагностика, хирургик даво.

Сведения об авторах:

Алижанов Аброр Алижон уғли – директор Наманганского филиала РНЦЭМП.

Исхаков Баркамол Робиддинович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП.

Тел.: +99891-360-22-03

Исхаков Нурбек Баркамолович – врач-хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП.
E-mail: nurbek2017@inbox.uz

Поступила в редакцию: 26.05.2021

Information about author:

Abror Alidjanov – MD, Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.

Barkamol Iskhakov – MD, PhD, Deputy Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.
E-mail: ishakovn@mail.ru. Tel.:+99891-360-22-03

Nurbek Iskhakov – surgeon of the Department of Transplantology of Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: ishakovn@mail.ru.

Received: 26.05.2021