

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ

А.А. АЛИЖАНОВ¹, Б.Р. ИСХАКОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ², Ш.Б. РОБИДДИНОВ¹, Ж.Б. РОБИДДИНОВ¹

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Узбекистан

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

THE SUCCESSFUL CASE OF SURGICAL OPERATIVE TREATMENT OF A CHILD WHO DIAGNOSED AFTER TRAUMATIC PANCREATIC NECROSIS IN SEVERE COMBINED MULTIPLE INJURY

A.A. ALIJANOV¹, B.R. ISKHAQOV¹, N.B. ISKHAQOV², SH.B. ROBIDDINOV¹, J.B. ROBIDDINOV¹

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

²Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Описан клинический случай успешного хирургического лечения посттравматического панкреонекроза у ребенка 13 лет с крайне тяжелой сочетанной, множественной травмой (перелом костей свода и лицевой части черепа, ушиб и гематома головного мозга, ушиб грудной клетки, переломы правой плечевой, правой бедренной костей, левой лопатки и костей таза), поступившего в стационар в состоянии травматического шока II–III степени с аспирационным синдромом. Авторы считают, что использование абдоминализации и программированной санационной бурсооментоскопии при травме поджелудочной железы позволяет избежать ряда осложнений панкреонекроза за счет своевременного повторного оперативного вмешательства на пораженных поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

Ключевые слова: множественная, тяжелая сочетанная травма, посттравматический панкреонекроз, перитонит, хирургическое лечение.

In this statement, there is a rare case of an after RTA successful operative treatment of posttraumatic pancreatic necrosis in a male patient who 13-years-old with extremely severe concomitant, multiple trauma (fractures of the bones of the vault and facial part of the skull. Contusion and hematoma of the brain, close trauma of the chest and right lung, fractures of the right scapula and humerus as well as femur. The patient was admitted our center in a traumatic shock of 2nd and 3rd degrees also aspiration syndrome) described about successful surgical-operative treatment. The authors stated that the use of abdominalization and planned sanitation bursomentoscopy in trauma of the pancreas avoids a number of complications of pancreatic necrosis due to timely repeated surgical intervention on the affected pancreas and peripancreatic tissues.

Key words: multiple, severe concomitant trauma, posttraumatic pancreatic necrosis, peritonitis, surgical treatment.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss6/a13

По данным ВОЗ, ежегодно на улицах и дорогах от травм погибает около 1,3 млн человек. В общей структуре механических повреждений мирного времени на долю ранений и травм живота приходится 5%, а в военное время их количество варьирует от 3 до 8% [1, 5, 9]. Редко встречающиеся изолированные повреждения поджелудочной железы (ПЖ) являются причиной смерти пострадавших в 3–9% случаев [2, 3, 5, 10]. При наличии двух дополнительных повреждений летальность возрастает до 12%, при четырех – до 40–50% [2, 4, 11, 14]. Шок, отражающий тяжесть сопутствующих повреждений, существенно влияет на уровень ранней летальности, которая достигает 38% [7, 11, 12, 13]. Наиболее частые осложнения травмы поджелудочной железы в позднем периоде – панкреатит, абдоминальная флегмона, абсцесс сальниковой сумки, эрозивное или

аррозивное кровотечение, сепсис, панкреатический свищ, псевдокиста. Летальность при развитии таких осложнений достигает 22–80% [1, 3, 8, 10].

Исход травматического повреждения ПЖ зависит от тяжести и локализации повреждения органа. Среди повреждений ПЖ выделяют ушибы и разрывы, частота которых составляет соответственно 3,2 и 13,5% [1, 6].

Анатомические особенности поджелудочной железы определяют сложность диагностики повреждений и тяжесть течения патологического процесса при ее ранении [3, 9, 11]. Важнейшим осложнением повреждения поджелудочной железы является посттравматический панкреатит. По имеющимся данным [8, 10], при травме поджелудочной железы он развивается в 28–100% наблюдений, имеет различные морфологические формы и сопровождается пора-

жением забрюшинной клетчатки разной степени выраженности [1, 4].

По данным многих авторов, несмотря на использование в неотложной хирургии инструментальных методов исследования, частота дооперационных диагностических ошибок при травматическом повреждении ПЖ колеблется в пределах 35-40%, согласно другим источникам этот показатель достигает 6,1–45% [1, 8, 10], при этом количество интраоперационных ошибок составляет 12–33% и не имеет тенденции к снижению [4, 6, 9].

Мы наблюдали посттравматический панкреонекроз у ребенка с тяжелой сочетанной, множественной травмой (переломы во всех сегментах костного скелета, повреждение органов, кроме мочевыделительной системы, таза), поступившего в стационар в состоянии травматического шока II–III степени с аспирационным синдромом.

Ребенок Д.Д., 2008 г. р. (и/б №1178), переведен из РМО 18.01.2021 г. в отделение сочетанных травм детей Наманганского филиала РНЦЭМП с жалобами на наличие послеоперационной раны и боли в эпигастальной области, головные боли, боли в правой нижней конечности.

Из анамнеза выяснилось, что ребенок 05.01.2021 г. в результате ДТП получил тяжелую сочетанную травму, был доставлен скорой помощью в РМО Папского района без сознания и госпитализирован в реанимационное отделение.

При поступлении состояние ребенка было крайне тяжелым, сознание сопорозным, с двигательным возбуждением, дыхательной недостаточностью, обусловленной аспирационным синдромом. Кожа и видимые слизистые – бледные, дыхание – хриплое, выслушиваются хрипы в обоих легких. АД 70/30 мм рт. ст., пульс – 130 в 1 мин, нитевидный, слабого наполнения и напряжения.

Язык суховат. Живот мягкий, болезнен в эпигастальной области, перистальтика кишечника вялая.

Пострадавший осмотрен травматологом, хирургом, нейрохирургом, ЛОР-врачом, челюстно-лицевым хирургом, педиатром, окулистом. Установлен назогастральный зонд, катетеризован мочевого пузырь, интубирована трахея для ИВЛ. Проведены следующие инструментальные исследования: УЗИ брюшной полости и грудной клетки и рентгенологические исследования черепа, грудной клетки, брюшной полости, таза, конечностей. Одновременно осуществлялись противошоковые мероприятия. В динамике АД – 80/60 мм рт. ст., пульс – 120 в 1 мин.

Лабораторные анализы: Нв – 81 г/л, эр. – $3,01 \times 10^{12}$ /л, цв. пок. – 0,9, л. – $5,8 \times 10^9$ /л, п. – 3%, с. – 64%, лимф. – 26%, мон. – 6%, эоз. – 1%, СОЭ – 6 мм/ч. Общ. белок – 64,2 г/л, мочевины в крови – 7,2 ммоль/л, сахар в крови – 6,4 ммоль/л, билирубин в крови общ. – 19,8, АЛТ – 0,8. Диастаза крови – 16 ед. Коагулограмма: время рекальцификации – 76 с, тромботест V степени, этанол тест – отр., фибриноген – 2,44 г/л, Ht – 24%. Удельный вес мочи – 1020. Белок – АВС, л. – 3–4, эр. – 2–3 в п/зр.

Созван консилиум врачей, выполнена резекционно-декомпрессионная трепанация правой теменно-височной кости, удаление эпидуральной гематомы и субдуральной гидромы (05.01.2021 г.).

Из-за усиления боли в эпигастрии 12.01.2021 г. по линии САС был вызван детский хирург. Установлен диагноз: Закрытая травма живота. Посттравматический панкреонекроз. Панкреатогенный перитонит. Была выполнена верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ревизия, санация области поджелудочной железы, забрюшинного пространства, гемостаз, дренирование, тампонирование зоны ПЖ через сформированную оментобурсостому, дренирование брюшной полости. При первой бур-

сооментоскопии были установлены показания к повторным программным санациям через 72 часа.

На 3-и сутки после первой операции по линии САС был вызван детский хирург. Проведена программная санационная бурсооментоскопия для выявления и ликвидации гнойных очагов в поджелудочной железе, сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке (санация, некрсеквестрэктомия из зоны ПЖ, мазевая тампонада через ОБС №1).

Пострадавшему была назначена антибактериальная, гемостатическая, инфузионная, гормональная терапия. Больной получал анальгетики, ингибиторы протеаз, гастропротекторы, седативные, муколитики, метаболики, гепатопротекторы. Проводилась небулайзерная терапия, парентеральное питание, энтеральное питание через назогастральный зонд.

Наложено скелетное вытяжение правой бедренной кости за большой вертел. Ребенок был уложен на шину Беллера.

Осмотрен окулистом: Паралитическое расходящееся косоглазие. Мидриаз. OS – застой диска зрительного нерва начальной стадии.

Дважды проводилась альбуминотрансфузия, 4 раза – гемотрансфузия. Несмотря на проведение интенсивной терапии, состояние пострадавшего оставалось тяжелым, и 18.01.2021 г. ребенок из РМО в сопровождении реаниматологов был переведен в Наманганский филиал РНЦЭМП с трахеотомической трубкой.

МСКТ № 333 от 18.01.2021 г.: МСКТ-картина: СПО краниотомии теменной области правого полушария головного мозга (рис. 1). Ушиб лобной области головного мозга обоих полушарий. Субдуральная гидрома лобно-теменной области обоих полушарий головного мозга. Перелом лобной кости слева с продолжением линии через верхнюю заднюю стенку орбиты с переходом к основанию черепа, перелом всех стенок левой гайморовой пазухи и костей носа (рис. 2). Гемосинус левой гайморовой пазухи, решетчатых пазух (рис. 3). Заключение: МСКТ-картина ушиба правого легкого (рис. 4); перелом тела правой лопатки без смещения костных отломков; перелом большого крыла костей таза слева без смещения костных отломков.

В результате осмотра специалистов и проведенных клинико-инструментальных исследований установлен диагноз: ДТП. Крайне тяжелая сочетанная и множественная травма. Тяжелая открытая травма головного мозга. Ушиб головного мозга тяжелой степени и кровоизлияние в мозг. Перелом лобной, височной и затылочных костей с переходом на основание черепа. Двусторонняя отгомоликворея. Перелом верхней челюсти слева по типу Лефор-II. Перелом нижней челюсти слева со смещением костных отломков. Широко скальпированная загрязненная рана лобной, височной и затылочных областей. Закрытая травма груди. Перелом 2–3-го ребер слева. Закрытый перелом левой лопатки. Ушиб легких и сердца. Закрытый перелом правой плечевой кости на уровне хирургической шейки со смещением отломков. Закрытый перелом правой бедренной кости на уровне с/3 со смещением отломков. Закрытая травма костей таза. Оскольчатый перелом крыла подвздошной кости слева со смещением костных фрагментов (рис. 5). Закрытая травма живота. Ушиб, разрыв тела поджелудочной железы с забрюшинной гематомой. Посттравматический панкреонекроз. Распространенный геморрагический (ферментативный) перитонит. Осложнение: Травматический шок II–III степени. Аспирационный синдром. Застойная пневмония.

На 5-е сутки после операции проводили программную санационную бурсооментоскопию для выявления и ликвидации гнойных очагов в поджелудочной железе,

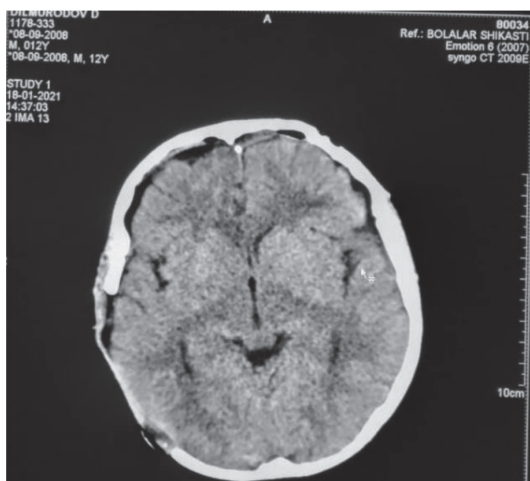


Рис. 1. МСКТ пациента 13 лет. Аксиальная проекция. МСКТ-картина: СПО краниотомии теменной области правого полушария головного мозга (дефект костной пластинки)



Рис. 3. МСКТ пациента, 13 лет. Аксиальная проекция. Перелом всех стенок левой гайморовой пазухи и костей носа. Гемосинус левой гайморовой пазухи и ячеек решетчатой кости

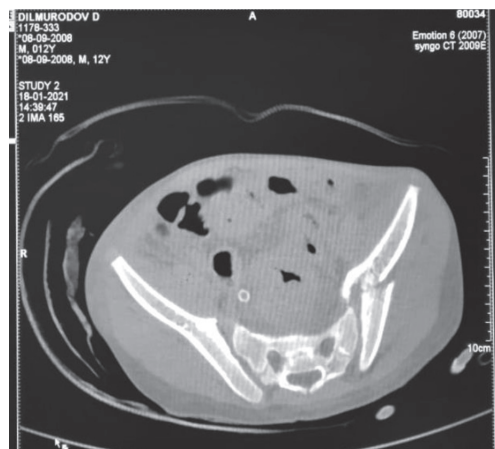


Рис. 5. МСКТ пациента, 13 лет. Аксиальная проекция. Оскольчатый перелом крыла подвздошной кости слева со смещением костных фрагментов

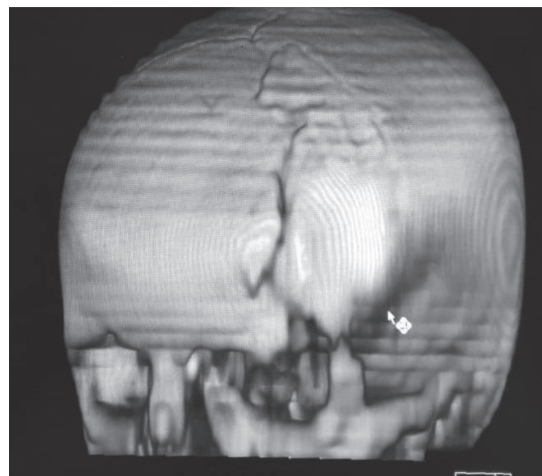


Рис. 2. МСКТ пациента, 13 лет. Перелом левой половины лобной кости с продолжением линии через верхнюю заднюю стенку орбиты с переходом к основанию черепа



Рис. 4. МСКТ пациента, 13 лет. Аксиальная проекция. МСКТ-картина инфильтративных уплотнений правого легкого (ушиб правого легкого)

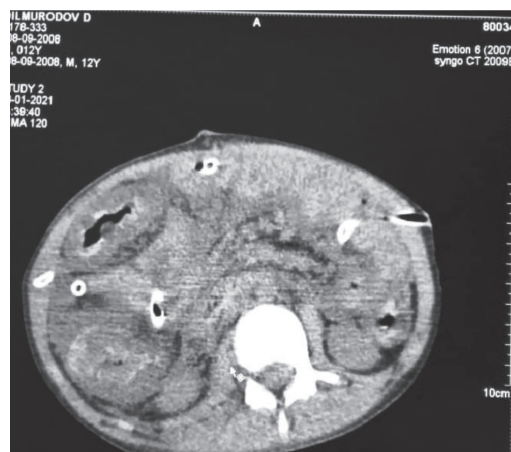


Рис. 6. МСКТ пациента, 13 лет. Аксиальная проекция. СПО лапаротомии. Ревизия, некрэктомия из ПЖ, санация и дренирование сальниковой сумки по поводу посттравматического панкреонекроза

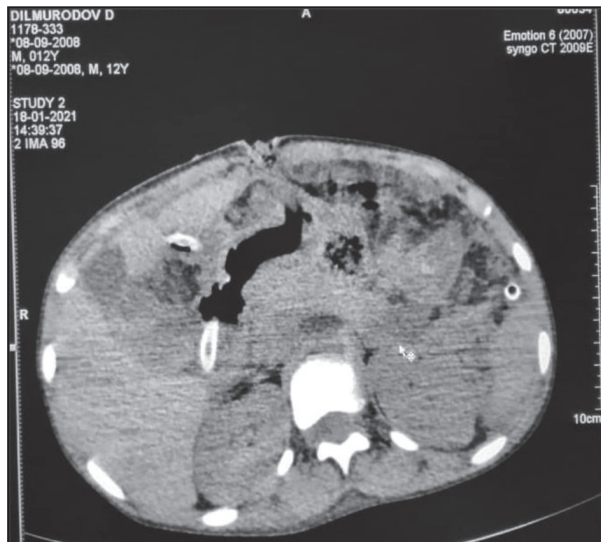


Рис. 7. МСКТ пациента, 13 лет. Аксиальная проекция. Посттравматический панкреонекроз. Абдоминализация и программированная санационная бурсооментоскопия № 3

сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке (санация, некрэктомия из зоны ПЖ, мазевая тампонада через ОБС № 1) (рис. 6).

При первой бурсооментоскопии мы устанавливали показания к повторным программированным санациям. Последующие санации проводили спустя трое суток, при выраженных некротических и воспалительных изменениях в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке время между санациями сокращали до 48 часов.

По мере стихания патологического процесса их проводили через более длительные промежутки времени (72 ч и более) (рис. 7, 8).

Показаниями к прекращению бурсооментоскопий служили отсутствие секвестров, уменьшение отделяемого из сальниковой сумки до 50 мл в сутки, выполнение ее стенок грануляционной тканью, нормализация клинических и биохимических анализов крови. 25.01.2021 г. после третьего сеанса для фракционного или непрерывного лаважа в сальниковую сумку была установлена дренажная трубка, на рану наложены швы.

Больному ежедневно по 2 раза в течение 3-х суток проводили непрерывный лаваж сальниковой сумки антисептическим раствором под контролем количества влитой и вылитой жидкости. Раствор подогревали до температуры тела, процедуру продолжали до появления чистых вод.

Выделение из сальниковой сумки в динамике уменьшилось, температура нормализовалась. Питание энтеральное. В результате проведенных комплексных лечебных мероприятий в динамике состояние ребенка улучшилось. Дренаж, установленный в сальниковую сумку, удален 22.02.2021 г.

При контрольной рентгеноскопии грудной клетки патологических тенеобразований не выявлено. При контрольном УЗИ брюшной полости свободной жидкости в сальниковой сумке нет. Размеры ПЖ в пределах нормы. Эхоструктура паренхимы ПЖ сохранена. Пациент повторно осмотрен окулистом: застой диска зрительного нерва в стадии обратного развития.

На контрольной рентгенограмме правой бедренной кости состояние костных отломков в стадии консолидации (рис. 9). Наложена тазобедренная кокситная гипсовая по-

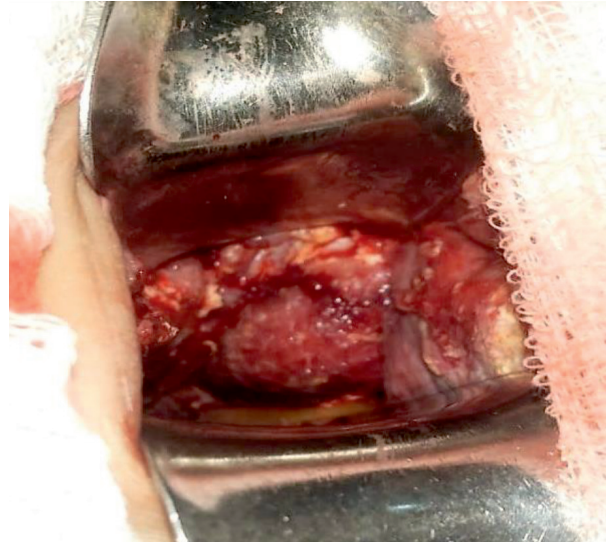


Рис. 8. Закрытая травма живота. Ушиб, разрыв тела поджелудочной железы с забрюшинной гематомой. Посттравматический панкреонекроз. Вид поджелудочной железы после 3-го сеанса программированной санационной бурсооментоскопии



Рис. 9. На рентгенограмме в передней проекции отмечается косо-поперечный перелом в/3 правой бедренной кости в стадии консолидации

вязка. На 36-е сутки стационарного лечения ребенок был переведен по месту жительства (в Папское РМО) для дальнейших реабилитационных мероприятий.

При выписке: объективно общее состояние пациента удовлетворительное, в легких выслушивается везикулярное дыхание, без хрипов. АД – 110/60 мм рт. ст., пульс – удовлетворительного наполнения и напряжения, 80 в мин. ЧДД – 18 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Лапаротомная рана зоны ОБС зажила вторичным натяжением.

Ребенок осмотрен через 2 и 4 месяца: общее состояние удовлетворительное (рис. 10–12).



Рис. 10. Обширная скальпированная рана свода черепа. 52-е сутки после наложения фрезевых отверстий наружной пластинки лобно-теменной кости. Рана в стадии грануляции



Рис. 11. Вид передней брюшной стенки ребенка 13 лет через 2 месяца после операции по поводу посттравматического панкреонекроза



Рис. 12. Общий вид ребенка через 4 месяца после тяжелой сочетанной множественной травмы

Заключение

Использование абдоминализации и программированной санационной бурсооментоскопии у пациентов травматологического профиля позволяет избежать ряда осложнений панкреонекроза за счет своевременного повторного оперативного вмешательства на пораженных поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. Метод программированной санационной бурсооментоскопии открывает возможности для своевременной профилактики и лечения осложнений посттравматического панкреонекроза. При ее применении наблюдалось значительное снижение частоты осложнений и летальных исходов, причиной которых был панкреонекроз, несмотря на утяжеление травмы органов брюшной полости в последние годы.

Литература

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук Н.В. Диагностика и лечение повреждений живота. Хирургия. 2001; 6:24–28 [Abakumov M.M., Lebedev N.V., Maljarchuk N.V. Diagnostika i lechenie povrezhdenij zhivota. Hirurgija. 2001; 6:24–28. In Russian].
2. Акилов Х.А., Примов Ф.Ш. Совершенствование диагностики и хирургического лечения закрытой травмы живота. Вестник экстренной медицины. 2014; 3:96–101 [Akilov H.A., Primov F.Sh. Sovershenstvovanie diagnostiki i hirurgicheskogo lechenija zakrytoj travmy zhivota. Vestnik jekstrennoj mediciny. 2014; 3:96–101. In Russian].
3. Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Кучкаров О.О. Выбор тактики хирургического лечения торакоабдоминальных ранений. Вестник неотложной и восстановительной хирургии. 2016; 1(1):18–25 [Altyev B.K., Shukurov B.I., Kuchkarov O.O. Vybortaktiki hirurgicheskogo lechenija torakoabdominal'nyh ranenij. Vestnik neotlozhnoj i vosstanovitel'noj hirurgii. 2016; 1(1):18–25. In Russian].
4. Бойко В.В., Замятина П.Н. Политравма. Руководство для врачей в 2-х т. Т. 2. 2-е изд., перераб. и доп. Х. Фактор. 2011:3–6 [Bojko V.V., Zamjatina P.N. Politravma. Rukovodstvo dlja vrachej v 2-h t. T. 2. 2-e izd., pererab. i dop. IKS. Faktor. 2011:3–6. In Russian].
5. Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Первова О.В. Повреждения поджелудочной железы, осложненные острым панкреатитом: принципы диагностики и лечения. Красноярск Версо. 2014:157 [Vinnik Ju.S., Cherdancev D.V., Pervova O.V. Povrezhdenija podzheludochnoj zhelezy, oslozhnennye ostrym pankreatitom: principy diagnostiki i lechenija. Krasnojarsk Verso. 2014:157. In Russian].
6. Горшков С.З. Закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства. М Медицина. 2005:224 [Gorshkov S.Z. Zakrytye povrezhdenija organov brjushnoj polosti i zabrjushinnogo prostranstva. M Medicina. 2005:224. In Russian].
7. Демидов В.А., Челноков Д.Л. Лечение травм поджелудочной железы. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2009; 1:44–48 [Demidov V.A., Chelnokov D.L. Lechenie travm podzheludochnoj zhelezy. Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2009; 1:44–48. In Russian].
8. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Соколов В.А. Картавенко В.И. Принципы организации медицинской помощи при сочетанных и множественных травмах. Диагностика и лечение политравм. Сб. науч. тр. Ленинск-Кузнецкий. 1999; 27–28:186–187. [Ermolov A.C., Abakumov M.M., Sokolov V.A. Kartavenko V.I. Principy organizacii medicinskoj pomoshhi pri sochetannyh i mnozhestvennyh travmah.

- Diagnostika i lechenie politravm. Sb. nauch. tr. Leninsk-Kuzneckij. 1999; 27–28:186–187. In Russian].
9. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т. Видеолaparоскопия в диагностике и лечении повреждений органов брюшной полости при сочетанной травме. Вестник экстренной медицины. 2009; 3:18–20 [Khadjibaev A.M., Atadzhanov Sh.K., Shukurov B.I., Khakimov A.T. Videolaparoskopiya v diagnostike i lechenii povrezhdenij organov brjushnoj polosti pri sochetannoј travmoј. Vestnik jekstrennoj mediciny. 2009; 3:18–20. In Russian].
 10. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т. Наш опыт диагностической видеолaparоскопии при повреждениях живота у больных с сочетанной травмой. Вестник экстренной медицины. 2011; 3:25–31 [Khadjibaev A.M., Shukurov B.I., Khakimov A.T. Nash opyt diagnosticheskoy videolaparoskopii pri povrezhdenijah zhivota u bol'nyh s sochetannoј travmoј. Vestnik jekstrennoj mediciny. 2011; 3:25–31. In Russian].
 11. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т. Возможности видеоэндхирургии при закрытых повреждениях органов брюшной полости у пострадавших с сочетанной травмой. Вестник экстренной медицины. 2010; 4; 23–26 [Khadjibaev A.M., Atadjanov Sh.K., Shukurov B.I., Khakimov A.T. Vozmozhnosti videojendohirurgii pri zakrytyh povrezhdenijah organov brjushnoj polosti u postradavshih s sochetannoј travmoј. Vestnik jekstrennoj mediciny. 2010; 4; 23–26. In Russian].
 12. Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Исхаков Н.Б. Видеолaparоскопия при сочетанных травмах с повреждением внутренних органов. Вестник экстренной медицины. 2015; 2:8–9 [Ermetov A.T., Ishakov B.R., Bazarbaev U.R., Ishakov N.B. Videolaparoskopiya pri sochetannyh travmah s povrezhdeniem vnutrennih organov. Vestnik jekstrennoj mediciny. 2015; 2:8–9. In Russian].
 13. Raraty M.G., Halloran C.M., Dodd S. Minimal access retroperitoneal pancreatic necrosectomy: improvement in morbidity and mortality with a less invasive approach. Ann Surg. 2010; 251(5):787.
 14. Rawls D.E., Custer M.D. Pancreatic trauma: An unusual soccer injury. South Med J. 2001; 94(7):741–742.

ОҒИР ҚЎШМА КЎПЛАБ ШИКАСТЛАНИШДА ПОСТТРАВМАТИК ПАНКРЕОНЕКРОЗ БИЛАН БЕМОРНИ МУВАФФАҚИЯТЛИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ҲОЛАТИ

А.А. АЛИЖОНОВ¹, Б.Р. ИСҲОҚОВ¹, Н.Б. ИСҲОҚОВ², Ш.Б. РОБИДДИНОВ¹, Ж.Б. РОБИДДИНОВ¹

¹Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали

²Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази

Мақолада 13 ёшли болада – ЙТХ, ўта оғир кўплаб қўшма шикастланишда (бош мия қутиси суяклари, юз суякларининг синиши, бош мия лат ейиши ва гематомаси, кўкрак қафаси ёпиқ шикасти, ўнг ўпка лат ейиши, ўнг елка суяги ва курак суягининг синиши, ўнг сон суягининг синиши, чаноқ суягининг синиши билан посттравматик 2–3-даражали шок, аспирацион синдром билан келган бемор), посттравматик панкреонекроз билан муваффақиятли хирургик даволаш натижаси ёзилган. Муаллифлар шикастланган ошқозон ости беши ва паранкреатик тўқималарда ўз вақтида ва қайта оператив муолажаларни ўтказиш учун абдоминализация ва программалаштирилган санацион бурсоментоскопияни қўллаганлиги панкреонекрознинг қатор асоратларини олдини олишини эътироф этганлар.

Калит сўзлар: ЙТХ, кўплаб оғир қўшма шикастлар, посттравматик панкреонекроз, перитонит, хирургик давоси.

Сведения об авторах:

Алижанов Абдор Алижон угли – директор Наманганского филиала РНЦЭМП, хирург высшей категории.
Тел.: +99891-2930555

Исхаков Баркамол Робиддинович – к.м.н., заместитель главного врача по хирургии, хирург высшей категории.
Тел.: +99891-3602203
E-mail: ishakovn@mail.ru

Исхаков Нурбек Баркамолович – хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП.
Тел.: +99891-2920303
E-mail: ishakovn@mail.ru

Робиддинов Шохбек Баркамолович – кардиолог Наманганского филиала РНЦЭМП.
Тел.: +99899-9732147

Робиддинов Жавохир Бахтиёрович – хирург-ординатор, ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Институт фундаментальной медицины и биологии.

Поступила в редакцию: 28.06.2021

Information about authors:

Abror Alijanov – MD, Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.
Tel.: +99891-2930555

Barkamol Iskhakov – MD, PhD, Deputy Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.
Tel.: +99891-3602203
E-mail: ishakovn@mail.ru

Nurbek Iskhakov – Surgeon of the Department of Transplantation of Republican Research Center of Emergency Medicine,
Tel.: +99891-2920303
E-mail: ishakovn@mail.ru

Shohbek Robiddinov – cardiologist of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine.
Tel.: +99899-9732147

Javohir Robiddinov – Undergraduate of clinical residency, Kazan Federal University, Institute of Fundamental Medicine and Biology.

Received: 28.06.2021