

УДК: 616-002-617.56-07-089

## ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Норов Мирвохид Чариевич<sup>1</sup>, Мамараджабов Собиржон Эргашевич<sup>2</sup>, Мустафакулов Ишназар Бойназарович<sup>2</sup>, Умедов Хушвакт Алишерович<sup>2</sup>, Джураева Зилола Арамовна<sup>2</sup>

1 - Кашкадарьинский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Карши;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## ҚЎШМА ВА КЎПЛАБ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА МЕЪДАНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Норов Мирвохид Чариевич<sup>1</sup>, Мамараджабов Собиржон Эргашевич<sup>2</sup>, Мустафакулов Ишназар Бойназарович<sup>2</sup>, Умедов Хушвакт Алишерович<sup>2</sup>, Джураева Зилола Арамовна<sup>2</sup>

1 - Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Қарши филиали, Ўзбекистон Республикаси, Қарши ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## GASTRIC DAMAGE IN MULTIPLE AND COMBINED INJURIES

Norov Mirvokhid Chariyevich<sup>1</sup>, Mamaradjabov Sobirzhon Ergashevich<sup>2</sup>, Mustafakulov Ishnazar Boynazarovich<sup>2</sup>, Umedov Khushvakt Alisherovich<sup>2</sup>, Juraeva Zilola Aramovna<sup>2</sup>

1 - Kashkadarya branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Karshi;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Бу турдаги шикастланишлар қорин бўшлиғининг оғир турдаги шикастланишларидан бири ҳисобланади. Дуне бўйича ўртача оғир даражадаги шикастланишларни қорин бўшлиғининг шикастланишлари ўртача 25% ташкил қилади. Меъданинг шикастланиши қорин бўшлиғи аъзоларининг изоляция қилинган шикастланишлари билан 1%, қўшма шикастланишларда эса 6% ташкил қилади. Ушбу шикастланишлар оғир даражадаги шикастланишларга кириб, ўлим кўрсаткичи 72% гача ташкил қилади. Ўлим кўрсаткичининг юқорилиги асосан қорин бўшлиғи аъзоларининг шунингдек, қорин бўшлиғининг бошқа анатомик сохаларида шикастланишларнинг кўплиги ва оғирлигига боғлиқ.

**Калит сўзлар:** қўшма шикастланиши., қорин бўшлиғи шикастланишлари, меъда шикастланиши.

**Abstract.** Abdominal trauma is one of the most severe types of injuries. Among severe injuries in peacetime, abdominal injuries account for 25%. The share of post-traumatic ruptures of the stomach accounts for 1% of injuries of the abdominal organs with an isolated abdominal injury and up to 6% with a combined one. These injuries are classified as severe, as they are accompanied by a lethality of up to 72%. High mortality is due mainly to the multiplicity and severity of injuries to the abdominal organs, as well as other anatomical areas.

**Key words:** closed abdominal trauma, liver injury, stomach.

**Актуальность.** Травма живота является одним из наиболее тяжелых видов повреждений. Среди тяжелых повреждений в мирное время на долю травм живота приходится 25% [1,3,5,7].

На долю посттравматических разрывов желудка приходится 1% повреждений органов брюшной полости при изолированной травме живота и до 6% - при сочетанной [2,4,8,9]. Эти повреждения относятся к категории тяжелых, так как сопровождаются летальностью до 72% [6,11,14]. Высокая летальность обусловлена преимущественно множественностью и тяжестью повреждений органов брюшной полости, а также других анатомических областей. Согласно данным [10,12,13] погибли 4 из 11 пострадавших, но при этом следует учесть, что в их наблюдениях просвет желудка оказался вскрытым только у 4 человек, а остальные имели травму желудка, которая не могла быть причиной смерти (субсерозная гематома или разрыв серозы). Ранения желудка не являются редкостью, по литературным данным они составляют 6-12% всех повреждений органов брюшной полости [16,18,20,21]. Желудок - один из наиболее часто повреждаемых органов при левосторонних торакоабдоминальных ранениях.

Полный разрыв желудка по клинике напоминает прободную язву желудка или двенадцатиперстной кишки, но протекает значительно тяжелее [15,17,19,22]. Характерно наличие примеси крови в желудочном содержимом, которое извергается с рвотными массами или удаляется через желудочный зонд [23,24,31]. Однако этот симптом встречается относительно редко. Л.Н. Анкин (2004) отмечает его лишь у 11% больных. Кроме того, рвота с примесью крови может наблюдаться и при травме глотки, пищевода, двенадцатиперстной кишки [22,25,26]. Такие симптомы, как боль в животе, напряжение и болезненность передней брюшной стенки, симптом Блюмберга-Щеткина, укорочение печеночной тупости, с такой же частотой встречаются и при травме кишечника.

Существует реальная опасность не распознать травму желудка или недооценить тяжесть повреждения органа даже во время ревизии брюшной полости. Особенно внимательно следует осматривать малую и большую кривизну желудка. Подсерозная гематома в любом отделе желудка должна быть осторожно раскрыта, опорожнена, чтобы убедиться в отсутствии повреждения мышечного слоя и даже слизистой оболочки с последующим наложением серо-серозных швов. Такие гематомы часто обнаруживаются при шариковых ранениях живота и ранениях мелкими осколками [28,29,30].

Выявление раны на передней стенке желудка, проникающей в его просвет, обязывает широко рассечь желудочно-ободочную связку для исключения сквозного характера ранения.

Адекватным объемом оперативного вмешательства при разрыве или ранении желудка является ушивание раны двухрядным швом; в условиях перитонита предварительно иссекаются края дефекта [6,10,26,29]. Свежую резаную рану ушивают без иссечения, но с обязательным лигированием кровоточащих сосудов [27,31]. Для профилактики несостоятельности швов дополнительно используется перитонизация сальником на ножке; обязательна декомпрессия желудка с помощью назогастрального зонда [22,27,30].

Огнестрельные ранения могут сопровождаться значительными разрушениями органа, вынуждающими в процессе хирургической обработки иссекать стенку желудка на значительном протяжении; в таких ситуациях может потребоваться даже резекция желудка [12,19,22]. Однако следует учесть, что летальность при таком объеме вмешательства достигает 100% [1,3,7,9]. При отрыве желудка от двенадцатиперстной кишки одни хирурги предпочитают резекцию органа [10], другие - гастродуоденоанастомоз [11,15,19].

Закрытые повреждения желудка относятся к редким видам повреждения органов брюшной полости и при сочетанной травме составляют 0,5-2,4% [7,8,9]. Несколько чаще (4%) повреждения желудка встречаются при колото-резаных и огнестрельных ранениях [26,29]. На нашем клиническом материале повреждения желудка составили 2,09%, из них закрытые 3,47%, колото-резаные ранения - 2,28%, огнестрельные - 0,05%. Характер повреждений разнообразен и зависит от вида, силы и направления повреждающего агента, а также от наполнения желудка. При наполненном желудке вследствие развивающегося сильного гидростатического давления возникают более обширные повреждения.

При ушибах стенки желудка появляются лишь кровоизлияния в слизистую оболочку, под серозную оболочку или изолированные гематомы в подслизистом слое. При неполном разрыве имеется повреждение только серозной или мышечной оболочек при сохранении целостности слизистой, в дальнейшем может наступить некроз всей стенки желудка с последующей перфорацией. При полных разрывах чаще повреждается передняя стенка желудка по малой кривизне и в области привратника. Редко наблюдаются повреждения задней стенки, отрыв кардии или отрыв желудка от двенадцатиперстной кишки. При колото-резаных и огнестрельных ранениях, как правило, встречаются сквозные ранения желудка.

Клиническая картина варьирует в зависимости от степени повреждения желудка и сочетанных повреждений. Рвота с примесью крови, наличие идентичных перфоративной язвы симптомов, определение свободного газа и жидкости в брюшной полости при УЗИ предполагают разрыв желудка. Контрастное исследование желудка при сочетанной травме живота, как правило, не производится. Верификации ранения желудка во многом помогает лапароскопия, хотя при повреждении задней его стенки можно выявить лишь косвенные признаки - гематому малого сальника, выбухание сальниковой сумки.

Исход повреждения желудка зависит от степени повреждения, их сочетания и сроков оперативного вмешательства. От колото-резаных ран желудка больные, как правило, не умирают, летальность при полных разрывах желудка на фоне сочетанных повреждений достигает 21,0-42,8%, если операция была выполнена через 6 и более часов.

**Цель исследования** – провести анализ результатов хирургического лечения – повреждений желудка при сочетанной травме.

**Материал и методы исследования.** За 2012-2022 гг. нами проанализировано 57 наблюдений изолированных (12), и сочетанных (45) повреждений желудка (табл. 1).

Повреждения передней стенки желудка обнаружено у 42 пациентов, задней - у 4 человек при торакоабдоминальных ранениях, обеих стенок органа - у 11 пострадавших. Повреждения задней стенки желудка могли быть выявлены только при соблюдении алгоритма осмотра брюшной полости, при котором рекомендовано вскрытие сальниковой сумки и ревизия задней стенки желудка, поджелудочной железы ретроперитонеального пространства.

По нашим наблюдениям наиболее частыми сочетаниями повреждения желудка при закрытой травме были: повреждение черепа (77,8% опорно-двигательного аппарата (68,9%), грудной клетки (33,3%), других органов брюшной полости (89,1%), менее 8 % - костей таза (табл. 2).

**Результаты и их обсуждение.** Дооперационная диагностика повреждений желудка при закрытой травме была возможна в 25,6 % случаев. Большинство пострадавших (77,4%) были оперированы по другим экстренным показаниям: профузное внутрибрюшное кровотечение из ран печени, селезенки, брыжейки тонкого кишечника или клиники разлитого перитонита. Становится очевидным, что диагностический алгоритм закрытых повреждений желудка кроме УЗИ и лапароскопии, должен обязательно включать рентгенологическое и эндоскопическое исследования. Вполне понятно, что эти исследования не могут быть проведены всем пострадавшим, но там где они будут выполнены, повысится качество диагностики повреждений желудка при закрытой сочетанной травме живота.

**Таблица 1.** Характер повреждений желудка

Характер травмы	Число пострадавших		Из них умерло
	Изолированные	Сочетанные	
Закрытая травма	1	33	1
Колото-резаные раны	11	10	-
Огнестрельные ранения	-	2	-
Всего:	12	45	1 (1,75%)

**Таблица 2.** Повреждения желудка при закрытой сочетанной травме

Закрытая травма	Число повреждений	В %
Изолированные повреждения	12	21,0
Сочетанные с другими органами:	45	89,0
Двенадцатиперстная кишка	8	17,8
Поджелудочная железа	5	11,1
Печень	18	40,0
Селезенка	11	24,4
Кишечник	20	44,4
Брыжейка	18	40,0
Желчные протоки	3	6,7
Череп	35	77,8
Опорно-двигательный аппарат	31	68,9
Грудная клетка	15	33,3

*Примечание:* \*Общее число обнаруженных повреждений превышает абсолютное число пострадавших, так как у одного и того же пациента были сочетанные и множественные повреждения. Повреждение одного органа было в 12 случаях, двух — в, 18, трех и более - в 27 наблюдениях.

**Лечение повреждений желудка имеет свои особенности.** При ревизии желудка осматривают его переднюю стенку, определяют характер ран и наличие субсерозных гематом. Повреждение обеих стенок желудка при проникающих ранениях имеет место у 1/3 пострадавших. Этот факт крайне важен для хирурга, идущего на лапаротомию по поводу проникающего ранения живота. При повреждении передней стенки желудка следует убедиться в отсутствии ран на его задней стенке и, особенно, в кардиальном отделе, для чего широко рассекают желудочно-ободочную связку. Тщательному осмотру должны подвергаться стенки желудка в местах прикрепления кривизны, где жировая ткань способна маскировать небольшие проникающие дефекты стенки. В большинстве раны желудка имеют характерный вид с вывернутыми краями и нередко разможенной слизистой оболочкой. Гематомы чаще локализуются в области малой кривизны и сальника.

Малые одиночные раны можно закрыть кيسетным или П-образными швами, чаще всего хирурги используют стандартные двухрядные швы. В случаях огнестрельных ранений, особенно высокоскоростными пулями следует иссечь ткани в границах видимых изменений. При этом первый ряд швов носит гемостатический характер и накладывается через все слои непрерывно рассасывающимися нитями. Второй ряд состоит из отдельных серозно-мышечных швов не рассасывающимися материалами.

При обработке больших ран желудка их края со слизистой оболочкой иссекают и накладывают двухэтажный шов в поперечном направлении, что особенно важно в пилорическом отделе. Показания к резекции желудка возникают крайне редко, даже при значительном повреждении удается закрыть раневые дефекты ушиванием передней и задней стенок. При обширных повреждениях органа, когда все же возникает необходимость в удалении больших участков, лишенных жизнеспособности, показана типовая резекция желудка в масштабах, определяемых границами повреждения. Сегментарные резекции здесь не должны иметь место. Из всех возможных вариантов резекции органа в экстренных ситуациях предпочтение следует отдавать наиболее простым и легко выполнимым модификациям операции Бильрот-II (Гофмейстера-Финстерера, Ру).

Обнаруженные субсерозные гематомы должны быть вскрыты, разрывов мышечной и слизистой оболочек ушиты серо-серозными швами.

Нами при повреждении желудка выполнены следующие оперативные вмешательства (табл. 3).

**Таблица 3.** Виды оперативных вмешательств

Вид операции	Кол-во	В %
Ушивание раны желудка	27	37,5
Ушивание раны задней стенки (двух стенок)	15	20,8
Пилоропластика	3	4,2
Гастроэнтероанастомоз	8	11,1
Резекция желудка	1	1,4
Вскрытие и ушивание гематом	15	20,8
Гастростомия	1	1,4
Лапароскопические операции	2	2,8
Всего	72	100,0

*Примечание:* \* Общее количество операций превышает число пострадавших, так у одного и того же пациента были выполнены несколько оперативных приемов (например, ушивание раны желудка + вскрытие и ушивание гематом + пилоропластика или гастроэнтероанастомоз и т. п.).

Как видно из таблицы у большинства пострадавших было выполнено Ушивание ран желудка (75%). На втором месте по частоте было Ликвидация гематом при ушибе органа (20,8%). Выполнение дренирующих операций в 8,8% наблюдений было вынужденным мероприятием при подозрении на возможность нарушения пассажа пищи после ушивания ран желудка, расположенных в пилорическом отделе, антрумэктомию или резекция 1/2 тела желудка имели место в 1,4% при массивных разрывах в результате кататравмы. В одном случае была наложена временная декомпрессивная гастростома с помощью катетера фолея после ушивания разрыва в кардиальном отделе желудка. Эндоскопическое ушивание ран желудка ручным эндошвом или при помощи степлера было возможно у двух пострадавших.

**Приводим клиническое наблюдение.** Пострадавший А., 45 лет. Падение с высоты 4,5 м. Состояние при вступлении тяжелое, сознание - оглушение. АД - 90/60 мм рт. ст., чсс 98/мин. В ПИТ катетеризирована центральная вена, начата протившоковая терапия; установлен назогастральный зонд, по которому выделяется небольшое количество крови и слизи; катетеризирован мочевой пузырь, моча светлая. На рентгенограмме черепа перелом теменной кости слева, на рентгенограммах костей скелета выявлен перелом обеих костей предплечий. Заключение нейрохирурга - ушиб головного мозга средней степени тяжести. Травматолог выполнил новокаиновую блокаду мест переломов и временную иммобилизацию.

При УЗИ брюшной полости обнаружено большое количество свободной жидкости (кровотечение продолжается!).

При видеолaparоскопии в брюшной полости по правому флангу обнаружено до 1 л жидкой крови и сгустков, в области селезенки фиксирован сгусток крови. На передней стенке желудка имеется дефект, определить его размеры затруднительно. Возникли показания к экстренной лапаротомии.

Выполнена срединная лапаротомия. Из брюшной полости взята и реинфузировано 800 мл крови с антибиотиками (тиенам, 1 гр.). Селезенка разможена на два фрагмента на уровне ее средней трети, удалена, селезеночная ткань имплантирована. В области хвоста поджелудочной железы имеется гематома до 4,0x2,0 см и имбиция тканей кровью. На передней стенке желудка, ближе к малой кривизне обнаружена рана с неровными краями 3,5x1,5 см. Разможенные ткани краев раны экономно иссечены, рана ушита в два этажа: первый - непрерывный гемостатический, второй - узловый. Брюшная полость санирована, дренирована.

Послеоперационное течение гладкое. После стабилизации состояния больного на 6-е сутки выполнен накостный остеосинтез металлическими пластинами. Больной вписан на 12-е сутки под наблюдение травматолога и хирурга поликлиники. Нарушения пассажа пищи из желудка нет.

Данное наблюдение повреждения желудка при сочетанной травме является типичным. Ни в одном случае из анализируемых нами наблюдений повреждение желудка не явилось причиной смерти. Осложнений после операций на желудке в виде несостоятельности швов и нарушений пассажа пищи не было.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 9 (15,8%) больных с разрывом всех слоев желудка. Необходимость в релапаротомии возникла у 5 человек по следующим показаниям: непроходимость кишечника (2), панкреатит (1), кровотечение в просвет желудка (1), несостоятельность швов ушитой раны желудка (1). Умерли 3 из 5 повторно оперированных больных, все они имели сочетанную травму; 2 погибли от шока и кровопотери, 1 – от панкреатита и перитонита.

**Выводы.** Адекватным объемом вмешательства при повреждениях желудка является ушивание раны (разрыва) двурядным швом с предварительным лигированием кровоточащего сосуда и последующей декомпрессией органа через назогастральный зонд.

#### Литература:

1. Абакумов М.М., Татарина Е.В., Вильк А.П. и др. Особенности диагностики и хирургической тактики при повреждениях груди и живота вследствие суицидальных и аутоагрессивных действий // Хирургия, 2017.- №10.-С.13-17
2. Алимова Х.П. Болалардаги қўшма жароҳатларда тез тиббий ёрдам кўрсатишни ташкиллаштириш тамойилларини такомиллаштириш // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Ташкент, 2018. – С.28.
3. Умедов Х.А., Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Наш опыт консервативного лечения повреждения селезенки при закрытой травме живота. Международный научный журнал «Проблемы биологии и медицины» 2021 №6.1 стр 56-59
4. Умедов Х.А., Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О., Оценка эффективности многоэтапной хирургической тактики при тяжелых повреждениях печени. Международный научный журнал «Проблемы биологии и медицины» 2021 №6 стр 234-237
5. Mustafakulov I.B., Shakirov B.M., Umedov H.A., Normamatov B.P., The role of intra-abdominal pressure in injuries of the abdominal organs with associated injuries., International Journal of Surgery and Transplantation Research Volume 2 Issue 1, March 2022 www.biocoreopen.org/ijst/archive.php
6. Mustafakulov I.B., Хайдаров Н., Хурсанов Ё., Умедов Н.А., Хирургическая тактика при изолированных повреждениях тонкой и толстой кишки // Uzbek Medical Journal SSN 2181-0664 Doi Journal 10.26739/2181-0664, 2022 йил стр 56-59
7. Мустафакулов И.Б., Мамараджабов С.Э., Умедов Х.А., Джураева З.А., Применение «damage control» в экстренной хирургии при сочетанной абдоминальной травмы. Международный научный журнал «Проблемы биологии и медицины» 2022 №139 <http://pbim.uz/> стр 345-349
8. Mustafakulov I. B. Umedov A., Surgical tactics in case of isolated injuries of small and large intestine // Узбекский Медицинский Журнал. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
9. Mustafakulov I. B. et Umedov X.A., Тяжелая сочетанная травма живота // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1.



10. Mustafakulov I.B. et Umedov X.A., Intestinal injuries in combined abdominal trauma // *Узбекский Медицинский Журнал.* – 2021. – №. SPECIAL 1.
11. Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А., Современные тактические подходы в лечении травматических повреждений печени // *Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований.* – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 48-51.
12. Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А., Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах // *Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований.* – 2020. – Т. 1. – №. 2.–С. 52-55.
13. Мустафакулов И.Б., и Умедов Х.А., "Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах." *Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований* 1.2 (2020): 52-55.
14. Umedov Kh.A., Mustafakulov I.B., Karabaev H.K., Evaluation of the effectiveness of multi-stage surgical tactics in severe liver damage, *International Journal of Sciences & Applied Research* www.ij sar.in. IJSAR, 9(3), 2022; 15-18
15. Umedov X.A., Avazov A.A., Tuxtaev J.K., Intestinal injury at combined
16. *Academicia globe inderscience research* 2021 С. 456-461
17. Monica Leon, Luis Chavez, Salim Surani. Abdominal compartment syndrome among surgical patients. *World J Gastrointest Surg.* 2021 Apr 27;13(4):330-339. doi: 10.4240/wjgs.v13.i4.330.
18. Mónica Vargas. Damage control in the intensive care unit: what should the intensive care physician know and do? *Colomb Med (Cali).* 2021 Jun 30;52(2):e4174810. doi: 10.25100/cm.v52i2.4810. eCollection Apr-Jun 2021.
19. Mustafakulov I.B., Umedov X.A., Karabayev X.K., Djurayeva Z.A., Evaluation of the effectiveness of multi-stage surgical tactics for liver damage // *World journal of advance healthcare research.* 2020, 4(3), 264-266.
20. Mustafakulov I.B., Elmurodov G.K., Djurayeva Z.A., Normamatov B.P., Severe associated trauma to the abdomen diagnosis and treatment // *European journal of pharmaceutical and medical research.* 2020, 7(6), 113-116
21. Sharven Taghavi, Reza Askari. Liver Trauma. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. 2021 Jul*
22. Volpin G, Pfeifer R, Saveski J, Hasani I, Cohen M, Pape HC. Damage control orthopaedics in polytraumatized patients-current concepts. *J Clin Orthop Trauma.* 2021; 12(1): 72-82.
23. Клевно В.А., Максимов А.В. Клинико-морфологический анализ ошибочной диагностики травмы грудной клетки и живота // *Вятский медицинский вестник,* 2019.-N 3.-С.31-35.
24. Коноваленко М.В., Сучкова В.А. Оценка эффективности применения дифференцированного лечебно-диагностического алгоритма при закрытой травме живота в травмоцентре I уровня // *Известия Российской Военномедицинской академии.* – 2018. – Т. 37, № 1 (S1). – С. 331–333.
25. Корита В.Р., Сидоренко М.Г. Повреждения 12-перстной кишки при травме живота // *Врач скорой помощи,* 2018.-N 3.-С.28-31.
26. Лебедев А.Г., Ярцев П.А., Македонская Т.П. и др. Закрытая травма живота с повреждением кишечника // *Хирургия,* 2019.-N 5.-С.82-
27. Пархисенко Ю.А., Воронцов А.К., Воронцов К.Е., Безалтынных А.А. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с травматическими повреждениями печени // *Перспективы науки и образования.* 2018. № 1(31). С. 245-250)
28. Самохвалов И.М., Афончиков В.С., Бадалов В.И., Борисов М.Б. и др. Практическое руководство по Damage Control. Санкт-Петербург: Р-КОПИ, 2018. 370 с.
29. Самохвалов И.М., Бельских А.Н., Гаврилин С.В. и др. Тяжелая сочетанная закрытая травма живота: особенности реаниматологической тактики // *Вестник анестезиологии и реаниматологии,* 2018.-N 4.-С.53-60.
30. Wen-Qiong Du et al. Establishment of a combat damage control surgery training platform for explosive combined thoraco-abdominal injuries. *Chin J Traumatol.* 2022 Mar 11;S1008-1275(22)00024-4. doi: 10.1016/j.cjtee.2022.03.003.
31. Zhiyi Wei. Application of damage control surgery in patients with sacrococcygeal deep decubitus ulcers complicated by sepsis. *J Int Med Res.* 2021 Oct;49(10):3000605211049876. doi: 10.1177/03000605211049876.
32. Byung Hee Kang. Early re-laparotomy for patients with high-grade liver injury after damage-control surgery and perihepatic packing. *Surg Today.* 2021 Jun;51(6):891-896. doi: 10.1007/s00595-020-02178-1. Epub 2020 Nov 10
33. Carlos Serna et al. Damage control surgery for splenic trauma: "preserve an organ - preserve a life". *Colomb Med (Cali).* 2021 May 7;52(2):e4084794. doi: 10.25100/cm.v52i2.4794.
34. David V Feliciano et al. Needs damage control. *Trauma Surg Acute Care Open.* 2021 Jun 3;6(1):e000757. doi: 10.1136/tsaco-2021-000757. eCollection 2021.

### **ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

*Норов М.Ч., Мамаражабов С.Э., Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А., Джураева З.А.*

**Резюме.** Травма живота является одним из наиболее тяжелых видов повреждений. Среди тяжелых повреждений в мирное время на долю травм живота приходится 25% (М.Г. Урман, 2003). На долю посттравматических разрывов желудка приходится 1% повреждений органов брюшной полости при изолированной травме живота и до 6% - при сочетанной. Эти повреждения относятся к категории тяжелых, так как сопровождаются летальностью до 72%. Высокая летальность обусловлена преимущественно множественностью и тяжестью повреждений органов брюшной полости, а также других анатомических областей.

**Ключевые слова:** закрытая травма живота, повреждение печени, повреждение желудка.