



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.714.1-089.874:616-089.874.5

И.Т. Ыдырысов¹, К.Б. Ырысов², К.К. Абдурасулов¹

¹ Ошский государственный университет. г. Ош, Кыргызстан

² Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ КРАНИО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Проведен ретроспективный анализ данных хирургического лечения у 120 пострадавших с тяжелой сочетанной кранио-абдоминальной травмой, в том числе 86 мужчин (71,7%) и 34 женщин (28,3%) (средний возраст $37,5 \pm 5,90$ лет), доставленных в клинику в течение 2 часов с момента травмы в период 2019-2022 гг. Наиболее частыми сочетаниями повреждений были: травма живота и головы (62,3%), травма живота и конечностей (58,7%), травма груди и живота (57,1%). На одного пациента приходилось в среднем $1,62 \pm 0,03$ поврежденных органов брюшной полости и забрюшинного пространства. У 86 пациентов (71,7%) лапароскопия являлась окончательным методом диагностики и лечения поврежденных органов брюшной полости.

Ключевые слова: тяжелая сочетанная черепно-мозговая травма, внутричерепная гематома, трепанация черепа, результаты хирургического лечения.

Актуальность. Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) является наиболее частой разновидностью среди всех сочетанных травм. Подобные травмы составляют от 43 до 68% случаев, причем преобладающими при сочетанной травме являются черепно-мозговые повреждения. Сочетанные повреждения не являются простой комбинацией травматических повреждений различных органов. Это особая категория повреждений, при которой патологический процесс имеет свои особенности и законы [1].

Научный интерес к проблеме сочетанной травмы особенно возрос за последние 10-15 лет в связи со значительным ростом летальности по сравнению с изолированной травмой и нарастанием количества пострадавших. Так, по данным авторов, летальность при изолированной ЧМТ колеблется в пределах 1-3%, а при сочетанной ЧМТ - от 20,4 до 35% [2].

В развитых западных странах в восьмидесятих годах прошлого столетия произошли существенные изменения в понимании патофизиологии и лечении тяжелой ЧМТ, что привело к снижению летальности при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме с 80-90 до 30-40% [3].

Уровень летальности снижался примерно на 10% каждые 10 лет в течение трех последних десятилетий двадцатого столетия в основном благодаря улучшению организации помощи пострадавшим с тяжелой СЧМТ и широкому применению стандартов ведения данной категории больных [4].

В других странах летальность при тяжелой СЧМТ по-прежнему достигает 80%. По мнению других авторов, при тяжелых сочетанных травмах груди, живота с повреждениями паренхиматозных органов (сердце, легкие, печень, селезенка), особенно с последующим массивным кровотечением, с черепно-мозговыми повреждениями летальность достигает 90-100% [5]. Главной причиной тяжелой СЧМТ является дорожно-транспортный травматизм, составляющий от 50 до 70%, поэтому его профилактика приобретает государственную значимость. Бытовая травма составляет 26-30%. Реже отмечались падения с высоты (6%), производственные (3%) и спортивные (1%) травмы [6].

Материал и методы. Данные для исследования получены из компьютеризированной базы данных по политравмам. Настоящая работа основана на анализе лечения 120 пострадавших

с абдоминальными повреждениями при поли-травме, в том числе 86 мужчин (71,7%) и 34 женщин (28,3%) (средний возраст $37,5 \pm 5,90$ лет), доставленных в клинику в течение 2 часов с момента травмы в период 2019-2022 гг. (табл. 1).

При поступлении у всех больных был диагностирован травматический шок II-III степени (степень тяжести по шкале APACHE-III > 80 баллов), с предполагаемой кровопотерей 1200-2500 мл (20-50 % объема циркулирующей крови (ОЦК)). Индивидуальная оценка величины кровопотери проводилась по сумме наружной и полостной кровопотери с учетом ориентировочной кровопотери при переломах.

Критерии включения пострадавших в исследование: возраст от 16 до 70 лет, наличие тяжелых сочетанных абдоминальных повреждений, тяжесть травмы по шкале тяжести повреждений ISS (Injury Severity Score) более 30 баллов, объем предполагаемой кровопотери более 20% ОЦК. Характер сочетанных абдоминальных повреждений оценивали по AIS (AIS - Abbreviated Injury Scale). Из исследования исключены пациенты с тяжелыми изолированными потенциально опасными для жизни повреждениями.

Наиболее частыми сочетаниями повреждений были: травма живота и головы (62,3%), травма живота и конечностей (58,7%), травма груди и живота (57,1%) (табл. 1).

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ (N=120)

Показатель	Данные
Средний возраст, годы	$38,45 \pm 5,4$
Пол: мужчины / женщины, абс.	82/38
Вид травмы, абс. (%)	
Дорожно-транспортные происшествия	85 (70,8%)
Производственная травма	12 (10%)
Бытовая	23 (19,2%)
Типы сочетанных абдоминальных повреждений, абс. (%)	
Голова	84 (70%)
Позвоночник	18 (15%)
Грудная клетка	73 (60,8%)
Таз	44 (36,7%)
Конечности	69 (57,5%)
Тяжесть полученной травмы	
APACHE III, баллы	$75,2 \pm 11,9$
SAPS II, баллы	$36,2 \pm 16,8$
SOFA, баллы	$6,7 \pm 0,45$

Примечание: APACHE III – шкала оценки развития острых и хронических расстройств здоровья (Knaus W., 1985); SAPS II – новая упрощенная шкала оценки физиологических расстройств (Le Gall J.R. et al., 1993); SOFA – шкала динамической оценки органной недостаточности (Vincent J.L. et al., 1996); ISS – шкала тяжести травмы (Baker S.P. et al., 1974).

Всем пострадавшим были проведены неотложные мероприятия по жизненным показаниям в первые сутки от момента поступления в стационар. Диагноз травмы живота ставили на основании клинического и инструментального обследования.

Схема лечения больных с абдоминальной травмой включала диагностические и хирургиче-



ские мероприятия, направленные на раннюю диагностику повреждений, оптимальные сроки и последовательность выполнения оперативных вмешательств, рациональную интенсивную терапию.

Стандартная хирургическая тактика включала выполнение операций (лапароскопии, лапаротомии, если требовалось, лапаротомии «damage control»), стабилизацию костных переломов при травмах опорно-двигательной системы, наложение фрезевых отверстий и трепанаций при черепно-мозговых травмах.

Хирургические мероприятия дополняли полноценной интенсивной терапией с использованием респираторной поддержки в режиме повышенного давления в конце выдоха. Искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) осуществляли всем пострадавшим.

Проанализированы демографические (возраст, пол, механизм и характер травмы по AIS) и клинические показатели (шкала тяжести травмы (ISS), шкала комы Глазго (GCS), частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое артериальное давление (САД), количество абдоминальных операций, длительность ИВЛ, пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ),

сроки стационарного лечения, осложнения, летальность).

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы «IBM SPSS Statistics 20». Количественные переменные представлены в виде $M \pm m$ (среднее арифметическое значение \pm ошибка среднего), $M (SD)$ (среднего (квадратичного отклонения)). Качественные признаки представлены в виде абсолютных и относительных (%) значений. Для сравнения качественных показателей использовали точный критерий Фишера и χ^2 -тест. В зависимости от вида распределения количественных переменных для оценки достоверности различий использовали t -критерий Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался при $p < 0,05$.

Результаты. Во время диагностической лапароскопии и лапаротомии у пациентов с абдоминальной травмой чаще всего были выявлены повреждения печени, селезенки, почки, брыжейки и сосудов (табл. 2). На одного пациента приходилось в среднем $1,62 \pm 0,03$ повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Таблица 2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПО ВИДУ И КОЛИЧЕСТВУ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛАПАРОТОМИИ

Показатель	Хирургические вмешательства при лапаротомии, абс. (%)
Диафрагма – ушивание повреждений	7 (5,8%)
Печень – ушивание повреждений, гемостаз, гепатопексия, атипичные резекции	24 (20%)
Селезенка – спленэктомия, гемостаз	25 (20,8%)
Почка – ушивание повреждений, нефрэктомия	19 (15,8%)
Поджелудочная железа – гемостаз, резекция, дренирование	2 (1,6%)
Желудок – ушивание повреждений	3 (2,5%)
Кишечник – ушивание повреждений, резекция, стома	14 (11,7%)
Брыжейка, забрюшинные гематомы, сосуды	17 (14,2%)
Мочевой пузырь, уретра – ушивание повреждений, эпицистостомия	9 (7,5%)
Всего (%)	120 (100%)

У 86 пациентов (71,7 %) лапароскопия являлась окончательным методом диагностики и лечения повреждений органов брюшной полости.

Из них у 27 пациентов (22,5 %) повреждений органов брюшной полости не выявлено.

У 29 пациентов (24,2 %) выявленные повреждения не требовали перехода на лапаротомию — внутрибрюшного кровотечения нет. Операция заканчивалась дренированием брюшной полости для динамического наблюдения. У 30 пострадавших

давших (25%) с политравмой при лапароскопии выявлен гемоперitoneум без продолжающегося кровотечения. Выполнялся эндоскопический гемостаз поверхностных ран печени и селезенки электрокоагуляцией, аспирация крови и дренирование брюшной полости для динамического наблюдения. Объем гемоперitoneума составил $278,1 \pm 48,8$ мл.

У 91 пациента (75,8%) в ходе выполнения диагностической лапароскопии были установлены показания к конверсии доступа на этапе диагностики: гемоперitoneум более 300 мл, внутрибрюшное кровотечение, повреждение паренхиматозных органов, напряженные забрюшинные гематомы, повреждение различных отделов кишечной трубки, повреждение мочевого пузыря и уретры. У 82 пациентов (68,3%) лапаротомия за-

канчивалась послойным ушиванием лапаротомной раны (окончательные лапаротомии), а у 38 пациентов (31,7%) лапаротомия выполнялась с использованием метода «damage control». Наиболее часто метод «damage control» использовался при повреждениях кишечника, брыжейки и сосудов в брюшной полости. На одного пациента приходилось $3,6 \pm 0,6$ лапаротомий (310 лапаротомий у 86 пациентов).

Интраоперационных осложнений у пациентов не наблюдалось. В послеоперационном периоде наиболее часто встречались раневые осложнения воспалительного характера - формирование сером, инфильтратов, гематом. У 21% пациентов встречались осложнения системного характера - острый респираторный дистресс-синдром и полиорганная недостаточность (табл. 3).

Таблица 3

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПО ВИДУ ОСЛОЖНЕНИЙ

Показатель	Количество	
	Абс.	%
Вид осложнений:		
Посттравматический панкреатит	8	6,7
Воспалительные осложнения раны	22	18,3
Кишечная непроходимость (динамическая, спаечная)	13	10,8
ОРДС	16	13,3
Полиорганная недостаточность	9	7,5
Длительность пребывания на ИВЛ, сутки	$13,2 \pm 2,3$	
Длительность пребывания в ОРИТ	$16,9 \pm 3,2$	
Койко-дни, сутки	$45,1 \pm 5,4$	
Смертность:		
В течение 1-х суток	7	5,8
В течение 2-5-х суток	5	4,2
Более 5 суток	13	10,8

Общая летальность составила 20,8% (25 пациентов). Летальность в первые сутки от момента травмы была обусловлена экстраабдоминаль-

ми повреждениями. Причинами летальных исходов в поздние сроки (более 5 суток) были осложнения системного характера (табл. 4).

Таблица 4

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫЖИВШИХ И УМЕРШИХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Показатель	Выжившие	Умершие	p
Количество	95	25	
Возраст, среднее значение (SD)	$38,3 (21,9)$	$48,1 (21,2)$	$< 0,0001$



Мужчины, n (%)	65 (68,4%)	16 (64%)	
Механизм травмы			
ДТП	46 (48,4%)	11 (44%)	
Падение	19 (20%)	6 (24%)	
Ранение	9 (9,5%)	2 (8%)	
Другие	20 (21,1%)	7 (28%)	
Сознание по шкале ком Глазго, среднее значение (SD)	4 (4,2%)	1 (4%)	<0,001
Баллы по шкале ISS			
> 30, n	95	25	

У пациентов, умерших в ранний период, самой распространенной причиной смерти было кровотечение (66%). В группе поздней смерти самыми распространенными причинами смерти были травма головы (39,1%) и полиорганная недостаточность (47,1%).

При сравнительном анализе выживших (n = 95) и умерших (n = 25) пострадавших не наблюдалось значительных межгрупповых различий таких исходных показателей, как пол и механизм травмы (p > 0,05). Также не зафиксировано различий в количестве кристаллоидов или эритроцитарной массы, используемых во время операций (p > 0,05).

Зарегистрированы значительные межгрупповые различия показателей, включая возраст, тя-

жесть травмы ISS, характер повреждений AIS, показатели шкалы GCS, ЧСС и САД, при поступлении (p < 0,05) (табл. 5).

В группе выживших пациентов требовалось меньше лапаротомических операций (2 [1] против 4 [2], p = 0,002), а абдоминальное закрытие проводилось в среднем через 3 дня (1) в сравнении с 15 днями (4) (p = 0,001) (табл. 6). У выживших пациентов уменьшалась продолжительность ИВЛ (6 дней [7] против 11 [6], p = 0,034) и пребывания в ОРИТ (12 [8] против 20 [8], p = 0,001), а также продолжительность госпитализации (25 [14] против 57 [31], p = 0,001).

Таблица 5

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПО ШКАЛЕ AIS

Показатель	Выжившие	Умершие	p
Голова	5 (5,2%)	6 (24%)	< 0,001
Грудная клетка	1 (1,1%)	1 (4%)	< 0,001
ЧСС, ударов в мин., среднее значение (SD)	90,2 (18,8)	86,1 (25,8)	< 0,001
САД, мм рт. ст., среднее значение (SD)	138,3 (27,4)	132,1 (42,6)	< 0,001
Лапаротомные операции, среднее значение (SD)	2 (1)	4 (2)	< 0,001
Длительность пребывания на ИВЛ, сутки	13 (8)	21 (9)	< 0,001
Койко-дни, сутки	26 (15)	58 (30)	< 0,001

Примечание: AIS – Abbreviated Injury Scale.

Обсуждение. Наиболее значимым результатом данного исследования является тот факт, что пациенты, прошедшие этапное хирургическое лечение брюшной полости после лапаротомии «damage control» демонстрировали улуч-

шение отдаленных результатов. Следовательно, поэтапный хирургический подход уменьшает летальность у пострадавших с абдоминальными повреждениями при политравме. Это согласуется с данными литературы [7, 8], которые показали

повышение выживаемости при проведении лапаротомии «damage control» у пострадавших с тяжелыми травматическими повреждениями.

В свою очередь, влияние лапаротомии «damage control» на отдаленные результаты рассмотрено лишь в незначительном количестве исследований [9, 10]. В большинстве исследований авторы ориентируются на такие показатели, как повторная госпитализация или возможность возобновления профессиональной деятельности и повседневной активности [11-13].

В настоящее время одним из ключевых факторов в снижении летальности является поиск способов уменьшения осложнений и, тем самым, улучшения общих результатов лечения [14]. При этом решающее значение при тяжелых травматических повреждениях имеют возможность восстановления жизненно важных функций организма и последующая социальная адаптация.

Заключение. На основании изучения демографических показателей и клинических результатов хирургического лечения пациентов с абдоминаль-

ными повреждениями при политравме показано, что значения таких показателей, как возраст, ЧСС и САД при поступлении, оценка шкалы комы Глазго, тяжесть травмы (ISS), механизм травмы по AIS, отражают выраженность тяжелых расстройств и оказывают существенное влияние на результаты лечения и летальность. При этом поэтапный хирургический подход (лапаротомии «damage control») уменьшает летальность у пострадавших с абдоминальными повреждениями при политравме.

При определении хирургической тактики лечения пострадавших с абдоминальными повреждениями при политравме с использованием лапаротомических операций и, в частности, лапаротомии «damage control» следует учитывать как клинические данные, так и объективную количественную оценку тяжести состояния, что позволяет установить реакцию больного на повреждения и способность его противостоять дополнительной травме, которой является оперативное вмешательство.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дюсембеков Е.К., Аханов Г.Ж., Нурбакыт А.Н. Сравнительный анализ особенностей черепно-мозговой травмы, полученной в 1991 г. и в 2015 г. в г. Алматы // Нейрохирургия и неврология Казахстана. - 2017. - №2(47). - С. 14-19 [Dyusembekov E.K., Akhanov G.ZH., Nurbakyt A.N. Sravnitel'nyi analiz osobennostei cherepno-mozgovoi travmy, poluchennoi v 1991 g. i v 2015 g. v g. Almaty // Neurokhirurgiya i nevrologiya Kazakhstana. - 2017. - №2(47). - S. 14-19. In Russian].
2. Гринев М.В. Сочетанная травма: сущность проблемы, пути решения // Оказание помощи при сочетанной травме. - СПб., 2002. - С. 58-63 [Grinev M.V. Sochetannaya travma: suschnost' problemy, puti resheniya // Okazanie pomoschi pri sochetannoi travme. - SPb., 2002. - S. 58-63. In Russian].
3. Качков И.А., Кочережкин Б.А, Чмелев В.С. Эпидемиология тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы и организация медицинской помощи пострадавшим в Московской области // Нейрохирургия. - 2007. - №4. - С. 56-59 [Kachkov I.A., Kocherezhkin B.A, Chmelev V.S. Epidemiologiya tyazheloi sochetannoi cherepno-mozgovoi travmy i organizatsiya meditsinskoj pomoschi postradavshim v Moskovskoi oblasti // Neurokhirurgiya. - 2007. - №4. - S. 56-59. In Russian].
4. Корниенко В.Н., Васин Н.Я., Кузьменко В.А. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы. - М.: Медицина, 1987. - 287 с. [Kornienko V.N., Vasin N.Ya., Kuz'menko V.A. Komp'yuternaya tomografiya v diagnostike cherepno-mozgovoi travmy. - M.: Meditsina, 1987. - 287 s. In Russian].
5. Король А.П., Мичурин В.Ф, Коновалов С.В. Шок как причина неблагоприятных исходов при политравме с повреждением головного мозга // Клиническая хирургия. - 1990. - №4. - С. 30-31 [Korol' A.P., Michurin V.F, Konovalov S.V. Shok kak prichina neblagopriyatnykh iskhodov pri politravme s povrezhdeniem golovnogo mozga // Klinicheskaya khirurgiya. - 1990. - №4. - S. 30-31. In Russian].
6. Лебедев В.В., Евдокимова Н.В. О значении некоторых факторов в развитии внутричерепных гнойных осложнений у нейрохирургических больных // Нейрохирургия. - 2007. - №1. - С. 8-13 [Lebedev V.V., Evdokimova N.V. O znachenii nekotorykh faktorov v razvitii vnutricherepnykh gnoynykh oslozheniy u neirokhirurgicheskikh bolnykh // Neurokhirurgiya. - 2007. - №1. - S. 8-13. In Russian].



- bol'nykh // Neurokhirurgiya. - 2007. - № 1. - S. 8-13. In Russian].
7. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия. - М.: Медицина, 2000. - 568 с. [Lebedev V.V., Krylov V.V. Neotlozhnaya neurokhirurgiya. - M.: Meditsina, 2000. - 568 s. In Russian].
 8. Лебедев В.В., Крылов В.В., Соколов В.А. Сочетанная черепно-мозговая травма // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. / Под ред. Коновалова А.Н., Лихтермана Л.Б., Потапова А.А. - М.: Антидор, 2001. - Т. 2. - С. 523-559 [Lebedev V.V., Krylov V.V., Sokolov V.A. Sochetannaya cherepno-mozgovaya travma // Klinicheskoe rukovodstvo po cherepno-mozgovoï travme. / Pod red. Konovalova A.N., Likhtermans L.B., Potapova A.A. - M.: Antidor, 2001. - T. 2. - S. 523-559. In Russian].
 9. Лебедев Э.Д., Поляков И.В., Могучая О.В. Смертность при острой черепно-мозговой травме в Ленинграде и области // Нейроанестезиология и интенсивная терапия: сб. науч. тр.- Л., 1991. - С. 84-88 [Lebedev E.D., Polyakov I.V., Moguchaya O.V. Smertnost' pri ostroi cherepno-mozgovoï travme v Leningrade i oblasti // Neuroanesteziologiya i intensivnaya terapiya: sb. nauch. tr.- L., 1991. - S. 84-88. In Russian].
 10. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Доказательная нейротравматология / Под ред. А.А. Потапова и Л.Б. Лихтермана. - М.: Антидор, 2020. - 517 с. [Potapov A.A., Likhtermans L.B., Kravchuk A.D. Dokazatel'naya neurotravmatologiya / Pod red. A.A. Potapova i L.B. Likhtermans. - M.: Antidor, 2020. - 517 s. In Russian].
 11. Rixen D., Raum M., Bouillon B. Prognoseabschätzung des Schwerverletzten — Eine Analyse von 2069 Patienten des Traumaregisters der DGU // Unfallchirurg. - 2019. - Bd. 104 (3). - S. 230-239.
 12. Rupprecht H., Mechlin A., Ditterich D. Prognostische Risikofaktoren bei schadelhirnverletzten polytraumatisierten Kindern und Jugendlichen // Kongressbd. Dtsch. Ges. Chir. Congr. - 2022. - Bd. 119. - S. 683-688.
 13. Sarrafzadeh A.S., Peltonen E.E., Kaisers U. Secondary insults in severe head injury — do multiply injured patients do worse? // Crit. Care Med. - 2021. - Vol. 29. - P. 1116-1123.
 14. Signorini D.F., Andrews P. J., Jones P.A. Predicting survival using simple clinical variables: a case study in traumatic brain injury // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 2019. - Vol. 66. - P. 20-25.

И.Т. Ыдырысов¹, К.Б. Ырысов², К.К. Абдурасулов¹

¹ Ош мемлекеттік университеті, Ош қ., Қырғызстан

² И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, Бішкек қ., Қырғызстан

КРАНИО-АБДОМИНАЛДЫҚ ҚОСАРЛАС ЖАРАҚАТТЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Кранио-абдоминалдық қосарлас ауыр жарақатқа хирургиялық емдеу жасалған 120 пациенттің деректеріне ретроспективті талдау жүргізілді, оның ішінде 2019-2022 жылдар аралығында клиникаға жарақат алған сәттен бастап 2 сағат ішінде жеткізілген 86 ер (71,7%) және 34 әйел (28,3%) (орташа жасы 37,5±5,90 жас). Жарақаттардың ең көп тараған комбинациясы: іштің және бастың жарақаты (62,3%), іштің және аяқ-қолдың жарақаты (58,7%), кеуде және іштің жарақаты (57,1%). Бір науқаста іш қуысы мүшелері мен ретроперитонеальді кеңістікте орта есеппен 1,62 ± 0,03 жарақаттар болды. 86 науқаста (71,7%) лапароскопия іш қуысы мүшелерінің жарақаттарын диагностикалау мен емдеудің соңғы әдісі болды.

Негізгі сөздер: ауыр қосарлас бас ми жарақаты, бассүйек ішілік гематома, краниотомия, хирургиялық емдеу нәтижелері.



I.T. Ydyrysov¹, K.B. Yrysov², K.K. Abdurasulov¹

¹ *Osh State University, Osh, Kyrgyz Republic*

² *I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic*

SURGICAL TREATMENT FOR COMBINED CRANIO-ABDOMINAL TRAUMA

A retrospective analysis of surgical treatment data was carried out in 120 patients with severe combined cranio-abdominal trauma, including 86 men (71.7%) and 34 women (28.3%) (average age 37.5 ± 5.90 years), delivered to the clinic within 2 hours from the moment of injury in the period 2019-2022. The most frequent combinations of injuries were abdominal and head injury (62.3%), abdominal and limb injury (58.7%), chest and abdominal injury (57.1%). On average, there were 1.62 ± 0.03 injuries to the abdominal cavity and retroperitoneal space per patient. Laparoscopy was the final method of diagnosis and treatment of abdominal injuries in 86 patients (71.7%).

Keywords: severe combined craniocerebral trauma, intracranial hematoma, cranial trepanation, surgical treatment results.