



В.І. Десятерик, С.П. Міхно,
М.Б. Богатирьов, О.О. Дедов,
О.Г. Клітний

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
КЗ «Міська клінічна лікарня № 2 ДОР», м. Кривий Ріг.

© Колектив авторів

ДІАГНОСТИЧНА І ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ПОЄДНАНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ

Резюме. Проведено аналіз лікування 254 пацієнтів з поєднаною абдомінальною травмою. Визначена інформативність діагностичної програми та ефективність лікувальної тактики в умовах спеціалізованого відділення.

Ключові слова: поєднана абдомінальна травма лікувально-діагностичний алгоритм.

Вступ

Незважаючи на значний прогрес у розвитку діагностичних і хірургічних технологій проблема діагностики і лікування поєднаної абдомінальної травми залишається актуальною проблемою невідкладної хірургії. Якщо летальність при ізольованих ушкодженнях органів черевної порожнини коливається у межах 1,5–2%, то при поєднаній травмі вона зростає до 25–69,7 % і не має тенденції до зниження. Велику проблему при абдомінальній травмі складають післяопераційні ускладнення та діагностичні помилки частота яких сягає відповідно 55–65 % і 15–23 % [3, 4, 10]. При цьому гіпердіагностика абдомінальних ушкоджень зумовлює у 14–50 % випадків виконання експлоративних лапаротомій, що значно ускладнює стан потерпілих з поєднаною травмою [12].

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз лікування 254 пацієнтів з поєднаною абдомінальною травмою у відділенні політравми клінічної бази за останні три роки. Для виконання діагностичної програми використовувались загальні лабораторні та біохімічні методи дослідження крові, ультразвукова діагностика (УЗД), ендоскопічні технології (лапароскопія, відеоторакокопія).

Результати досліджень та їх обговорення

Завдяки чіткій організації надання невідкладної медичної допомоги у регіоні потерпілим із множинними поєднаними ушкодженнями, їх госпіталізація виконується у стислі строки до спеціалізованого відділення по лікуванню політравми, який сформовано на базі міської клінічної лікарні. За період 2010–2012 рр. у відділенні політравми проліковано 2152 пацієнта з поєднаними ушкодженнями із них у 254 (11,8 %) діагностовано наявність поєднаної абдомінальної травми. Серед потерпілих більшість склали чоловіки – 201 (79,1 %), жінок – 53 (20,9 %). Серед них переважну частку склали пацієнти молодого, працездатного віку

від 20 до 50 років – 204 (80,3 %). У структурі поєднаної абдомінальної травми переважали три групи пацієнтів з наступними ушкодженнями: «живіт–груди–скелет» – 115 (45,2 %); «ЧМТ – живіт–груди–скелет» – 103 (40,6 %); «живіт–груди» – 36 (14,2 %). За видом ушкодження живота переважну більшість складала закрита поєднана травма – 209 (82,3 %); проникаючі поєднанні поранення живота спостерігались у 45 (17,7 %) пацієнтів. Соціальною проблемою поєднаної травми є її тісний взаємозв'язок з вживанням алкоголю. У аналізованій групі пацієнтів алкогольне зп'яніння, яке і стало основною причиною травми, встановлено у 84 (33,7 %).

Розвиток синдрому взаємного обтяження при поєднаних ушкодженнях зумовлює значну важкість загального стану потерпілих із наявністю клінічних проявів травматичного шоку [11]. Із 254 потерпілих аналізованої групи 53 (20,9 %) госпіталізовано із травматичним шоком I ступеня; 110 (43,3 %) – II; 61 (24 %) – III; 30 (11,8 %) – IV. З метою оптимізації і підвищення ефективності медичної допомоги вказаному контингентові пацієнтів на догоспітальному етапі згідно рекомендаціям провідного центру [6] кафедрою хірургії, травматології та ортопедії ФПО розроблено і впроваджено тематичний цикл підготовки лікарів швидкої медичної допомоги «Політравма на догоспітальному етапі».

Надання спеціалізованої медичної допомоги виконується згідно рекомендованих стандартів і протоколів [6–9] спеціалізованою бригадою лікарів, до якої залучено загального хірурга, торакального хірурга, нейрохірурга, травматолога, реаніматолога. Для забезпечення виконання діагностичної програми організовано цілодобову роботу лікаря ультразвукової діагностики, ендоскопіста для виконання фіброезофагогастроскопії та бронхоскопії, рентгенолога. Зважаючи на високу діагностичну значимість малоінвазивних ендоскопічних методів при поєднаній травмі, у бригаді лікарів хірург і торакальний хірург обов'язково володіють лапароскопією та торакокопією.



Першим етапом стаціонарного лікування у пацієнтів з поєднаною абдомінальною травмою є формування діагностичної та лікувальної програм. Пацієнтів з наявністю відкритих ушкоджень і порушенням вітальних функцій організму без затримок доставляють в операційний блок, де поєднують невідкладні лікувальні заходи з одночасними діагностичними маніпуляціями – пошуком пошкоджень чотирьох порожнин (черепу, черевної і грудної порожнин та заочеревини).

Серед неінвазивних й інформативних методів діагностики провідне місце займає ультразвукове дослідження черевної і грудної порожнин, яке виконується за допомогою переносного апарату в операційній. При цьому перед лікарем УЗД ставлять клінічне завдання по виявленню характерних синдромів ушкодження органів черевної і грудної порожнини (синдром внутрішньочеревної кровотечі, синдром ушкодження паренхіматозних органів, синдром ушкодження порожнистих органів, синдром ушкодження органів за очеревинного простору, синдром рідини у плевральній порожнині та синдром ушкодження діафрагми) [2, 6].

В малоінвазивній діагностиці поєднаних абдомінальних ушкоджень широке застосування має абдоміоцентез з пошуковою катетеризацією черевної порожнини та лапароскопія. Стовідсотковим показанням до їх застосування є діагностичні труднощі при закритих ушкодженнях черевної порожнини, особливо у пацієнтів у непритомному стані, алкогольному сп'янінні.

Діагностичне УЗД у аналізованій групі застосовано у 203 (79,9 %) пацієнтів. При цьому у 58 (28,6 %) пацієнтів встановлено забій черевної стінки і ушкодження органів черевної порожнини, які не потребували хірургічного втручання (гематома селезінки – 4 (2 %); центральна гематома печінки – 6 (3 %)).

Діагностична лапароскопія використана у 94 (37 %) пацієнтів із поєднаною абдомінальною травмою. При цьому у 66 (70,2 %) із них встановлено покази до лапаротомії [5, 12].

Лапароцентез з пошуковим дренажуванням черевної порожнини застосовано у 61 (24 %) пацієнтів, у 24 (39,3 %) із цей метод був вирішальним для прийняття рішення до лапаротомії.

Хірургічне втручання з використанням лапаротомії застосовано у 196 (77,2 %) пацієнтів з ушкодженнями різних органів черевної порожнини на тлі поєднаної абдомінальної травми. Серед ушкоджень органів черевної порожнини переважали паренхіматозні – печінка та селезінка 44 (22,5 %) та 42 (21,4 %) відповідно. При цьому ізольована травма печінки спостерігалася у 22 (52,5 %), у 20 (45,5 %) пацієнтів вона поєднувалась із ушкодженням інших органів черевної порожнини. Ізольовану травму селезінки діагностовано у 25 (59,5 %) та у 17 (40,5 %) у поєднанні з травмою інших органів.

Хірургічне втручання на органах черевної порожнини виконувався за невідкладними показами при наявності переваги загрозливих для вітальних функцій організму ушкоджень, ускладнених в першу чергою інтраабдомінальною кровотечею. За відомими показами [1] при вкрай тяжких ушкодженнях із значними порушеннями гомеостазу у 3 пацієнтів застосовано тактику «damage control».

Післяопераційні ускладнення пов'язані з ушкодженнями органів черевної порожнини мали місце у 67 (26,5 %) пацієнтів. У 12(6,1 %) оперованих пацієнтів виникла необхідність у виконанні релапаротомії: у 4 внаслідок рецидиву кровотечі у черевну порожнину, у 3 – при ранній кишковій злуковій непрохідності, у 3 причиною був післяопераційний перитоніт, у 2 – травматичний панкреонекроз. Внаслідок поєднаної абдомінальної травми померло 53 (20,9 %) постраждалих. Основною причиною летальних наслідків був розвиток поліорганної недостатності у гострому періоді травматичної хвороби.

Висновки

Поєднана абдомінальна травма відноситься до тяжких травматичних ушкоджень, що потребують невідкладної комплексної діагностики і хірургічних втручань та супроводжується досить високим рівнем ускладнень і летальності.

Покращення результатів лікування такого поєднання ушкоджень потребує подальшого удосконалення діагностичного обладнання, підготовки спеціалістів за фахом хірургія ушкоджень, організаційних заходів на догоспітальному етапі та спеціалізованої допомоги.



ЛІТЕРАТУРА

1. Брюсов П.Г. Теоретические и практические аспекты современного подхода к лечению тяжелой травмы с использованием программы «damage control» / П. Г. Брюсов // Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени: [матер. междунар. конф.] – СПб., 2006. – С. 50-51.
2. Викки Е. Нобль УЗИ при неотложных и критических состояниях / Е. Нобль Викки, Брет Нелсон. – Мед. литература, 2009. – 240 с.
3. Горшков С.З. Закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства / С.З. Горшков – М. : Медицина, 2005. – 224 с.
4. Ермолов А.С. Абдоминальная травма: [руководство] / А.С. Ермолов, М.Ш. Хубутия, М.И. Абакумов. – Видар, 2010. – 504 с.
5. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии / А.С. Ермолов, А.А. Гуляев, П.А. Ярцев, [и др.]// Хирургия.– 2007.– 7.– С. 57-59.
6. Надання медичної допомоги постраждалим з полі травмою на до госпітального етапі [метод. рекомендації] / Г.Г. Рошін, Ю.О. Гайдаєв, О.В. Мазуренко [та інш.]. – К., 2003. – 33 с.
7. Неотложная хирургия груди и живота / Л.Н. Бисенков, П.Н. Зубарев, В.М. Трофимов [и др.] – СПб. : Гиппократ, 2002. – 512 с.
8. Сочетанная механическая травма. Диагностика и лечение повреждений печени при сочетанной шокогенной травме / Под ред. С.Ф. Багненко. – СПб. : НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2001. – 56 с.
9. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота / за ред. Я.С. Березницького, П.Д. Фоміна – К. : ТОВ «Доктор Медіа», 2010. – 470 с.
10. Хирургия абдоминальных повреждений / В.М. Тимебулатов, Р.Р. Фаязов, А.Г. Хасанов [и др.]. – М. : «МЕДпресс-информ», 2005. – 256 с.
11. Цыбуляк Г.Н. Общая хирургия повреждений / Цыбуляк Г.Н. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 648 с.
12. Ярцев П.А. Видеолапароскопия в диагностике и лечении пострадавших с травмой живота: автореф. дис. на соискание уч. степени док. мед наук: спец. 14.00.27. «Хирургия» / П.А. Ярцев. – М., 2008. – 46 с.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА
ПРИ СОЧЕТАННОЙ
АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ**

***В.И. Десятерик, С.П. Михно,
Н.Б. Богатырев, А.А. Дедов,
А.Г. Клитный***

**DIAGNOSTIC AND
TREATMENT OF THE
COMBINING ABDOMINAL
TRAUMA**

***V. I. Desyaterik, S.P. Mihno,
N.B. Bogatirov, O.O. Dedov,
O.G. Klitniy***

Резюме. Проведен анализ лечения 254 пациентов с сочетанной абдоминальной травмой. Определена информативность диагностической программы и эффективность лечебной тактики в условиях специализированного отделения.

Ключевые слова: *сочетанная абдоминальная травма, лечебно-диагностический алгоритм.*

Summary. The analysis of treatment of 245 patients with the combining abdominal trauma. Verified value of the special assessment standard and the effectiveness of patient's management in the condition of the specialized department.

Key words: *combining abdominal trauma, assessment/management algorithm.*