

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПОТЕРПІЛИХ ІЗ ЗАКРИТИМИ ІЗОЛЬОВАНИМИ ТА ПОЄДНАНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ ЖИВОТА

*М.Г. Кононенко¹, С.П. Коробова², Л.Г. Кащенко³, В.І. Бугайов⁴,
О.Л. Ситнік⁵, В.Я. Пак⁶, І.М. Лукавченко⁷, І.А. Даниленко⁸*

Проаналізовані результати хірургічного лікування 439 пацієнтів із тупою травмою живота у віці від 20 до 70 років. Ізольоване пошкодження було виявлено у 366 (83,4%) травмованих, у поєднанні з травмами інших ділянок тіла – у 73 (16,6%). Травму органів черевної порожнини було виявлено у 133 (30,3%). Діагностичні методи (рентгенографія органів черевної порожнини, ультразвукове дослідження, лапароцентез) проводилися одночасно з протишоковими заходами. Травму одного органа черевної порожнини виявлено у 101 (75,9%), множинні пошкодження – у 32 (24,1%). Хірургічне лікування полягало у широкому доступі, адекватній ревізії, припиненні кровотечі, усуненні виявлених пошкоджень. У двох пацієнтів лікування проведено за методикою “damage control”. Вибір обсягу операцій на пошкодженному органі проводився залежно від ступеня AIS. Ускладнення виникли у 19 (14,3%) пацієнтів. Післяопераційна летальність склала 22 (16,5%).

ВСТУП

За останні десятиріччя невпинно зростає кількість травм мирного часу. Ще у 1998р. президент американської асоціації хірургів-травматологів А.Мeyer прогнозував, що у 2020р. летальність від травматизму займатиме перше місце у світі [1]. На цей час, за даними ВООЗ, у структурі летальності смерть від травми посідає третє місце, а серед людей працездатного віку – перше [2,3].

Закриті пошкодження живота складають близько 10% від усіх травм [4].

При тяжких пошкодженнях від швидкості виконання і інформативності додаткових методів обстеження суттєво залежать як обсяг і характер медичної допомоги, так і наслідок травми [5,6,7]. Але надмірне застосування додаткових методів, пов'язаних із транспортуванням хворих у спеціальні кабінети, вважають небезпечним [4,8].

Оглядова рентгенографія черевної порожнини виконується у третини травмованих, але при пошкодженні паренхіматозних органів інформація досить обмежена [7]. Пневмоперитонеум при травмі шлунково-кишкового тракту виявляється лише у 40-60% [6,9].

Ультразвукове дослідження (УЗД) дозволяє виявити кров у черевній порожнині в 92-100% хворих та локалізувати пошкодження - у 80-84% [7,8,10].

Одним із інформативних методів діагностики пошкоджень при закритій травмі живота є діагностичний лапароцентез методом

¹ Д-р мед. наук, професор, Сумський державний університет.

² Аспірант, Сумський державний університет.

³ Канд. мед. наук, доцент, Сумський державний університет.

⁴ Канд. мед. наук, доцент, Сумський державний університет.

⁵ Канд. мед. наук, асистент, Сумський державний університет.

⁶ Асистент, Сумський державний університет.

⁷ Магістрант, Сумський державний університет.

⁸ Аспірант, Сумський державний університет.

«пошукового катетера», який до 95% дає уяву про пошкодження внутрішніх органів [7,9,11].

НЕВИРІШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

Маловивченими залишаються питання щодо лікування хворих із закритою травмою живота, особливо при множинних пошкодженнях [12,13], етапів надання допомоги хірургічно-реанімаційною бригадою у пацієнтів з масивною крововтратою та у стані шоку [3,7,9,11].

Останнім часом все більше уваги приділяється етапному наданню допомоги за принципом «damage control» [15,16].

До останнього часу ще недостатньо опрацьований алгоритм операційного лікування множинних пошкоджень живота. Дискутабельними залишаються питання про обсяг хірургічного втручання, доцільність виконання органозберігаючих операцій при поєднаних пошкодженнях порожнистих і паренхіматозних органів та проведення реінфузії крові.

ПОСТАВЛЕННЯ ЗАВДАННЯ

Метою даної роботи є поліпшення діагностики і лікування потерпілих з ізольованими та множинними травмами живота залежно від ступеня пошкодження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами проаналізовано результати лікування 439 пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні у Сумській міській клінічній лікарні № 5 за 1995-2005 рр.

Чоловіків було 340(77,4%), жінок – 99(22,6%), переважно (383, або 87,2%) працездатного віку. У стані алкогольного сп'яніння госпіталізовано 114(25,9%) пацієнтів.

У більшості потерпілих (203 або 46,2%) травми були побутові, падіння з висоти – у 139(31,7%), дорожньо-транспортні пригоди (ДТП) – у 52(11,8%), інші причини – у 31(7,1%), виробнича травма – у 5(1,1%), не вдалося з'ясувати причину через відсутність контакту з хворим або заперечення факту травми – у 9(2,1%). Серед пацієнтів з ізольованими пошкодженнями одного органа живота переважали побутові травми та падіння з висоти (56 та 43 відповідно), при множинній травмі живота – ДТП та побутові травми (по 10 травмованих).

Протягом перших 3 годин було госпіталізовано 96(21,9%) травмованих, від 3 до 6 год – 131(29,8%), від 6 до 12 год – 97(22,1%), пізніше 12 год – 115(26,2%). Постраждали з множинними пошкодженнями внутрішніх органів та ізольованими травмами печінки (14 та 5 відповідно) госпіталізувались переважно в перші 3 години, а пацієнти з ізольованими травмами кишечника та селезінки (26 та 29) – в більш пізні строки.

Ізольовану травму живота діагностовано у 366(83,4%), поєднання з травмою інших ділянок тіла – у 73(16,6%), що деякою мірою ускладнювало діагностику абдомінальних пошкоджень. Шоковий стан діагностовано у 70(52,6%) травмованих, з них геморагічний шок I-II ступенів – у 45(33,8%), III-IV ступенів – у 25(18,8%).

Травма передньої черевної стінки виявлена у 306(69,7%), у тому числі у 12 пацієнтів – гематома передньої черевної стінки. Основною скаргою цих пацієнтів був біль, у проекції прямого м'яза живота пальпувалася гематома-пухлина (симптом Романцева). Для діагностики з інфільтратом черевної порожнини використовували симптом Башокура (при напруженні м'язів передньої черевної стінки гематома в ній нерухома, пухлина в черевній порожнині зміщується). У всіх травмованих гематома черевної стінки розкрита і дренована.

Травму органів черевної порожнини діагностовано у 133(30,3%). Пошкодження одного органа знайдено у 101(75,9%), декількох органів – у 32(24,1%). Частота пошкоджень органів подана у таблицях 1, 2.

Таблиця 1 - Ізольовані пошкодження органів живота

Орган	n	%
Селезінка	48	47,5
Тонка кишка	39	38,6
Печінка	9	8,9
Товста кишка	4	4,0
Дванадцятипала кишка	1	1,0

Таблиця 2 - Множинні пошкодження органів живота

Орган	n	%
Тонка кишка	16	50
Печінка	12	37,5
Підшлункова залоза	12	37,5
Селезінка	10	31,3
Товста кишка	5	15,6
Дванадцятипала кишка	5	15,6

Серед пошкоджень паренхіматозних органів травму селезінки діагностовано у 58(43,6%), печінки та жовчовивідних шляхів – у 21(15,8%), підшлункової залози – у 12(9%).

Серед пошкоджень порожнистих органів травма тонкої кишки була у 55(41,4%), товстої кишки – у 9(6,8%), дванадцятипалої кишки – у 6(4,5%).

При об'єктивному обстеженні враховувались симптоми абдомінальної катастрофи. Симптоми подразнення очеревини (симптом Раздольского, Менделя, Мортола, Щоткіна-Блюмберга) – у 48.

Пошкодження паренхіматозних органів було запідозрене у 45, м'який болючий живіт (симптом Кулемкампа) – у 32, притуплення перкуторного звуку у відлогих місцях (симптом Де Кервена) – у 19, іррадіація болю в ший (симптом Елекера) – у 24.

Про травму порожнистих органів свідчило обмеження передньої черевної стінки в акті дихання (симптом Вінтера) у 39 травмованих, зникнення печінкової тупості (симптом Кларка) – у 18 пацієнтів, виразна рельєфність прямих м'язів живота (симптом Чугаєва) – у 6, притуплення перкуторного звуку у відлогих місцях (симптом Де Кервена) – у 8, шум плескоту – у 2. Дошкоподібний живіт (симптом Краснобаєва) був виявлений у 15 пацієнтів.

Особливу увагу приділяли 8 пацієнтам, у яких на фоні тахікардії та гіпотонії переважали симптоми подразнення очеревини, що дало підставу запідозрити поєднання пошкоджень паренхіматозних і порожнистих органів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтам у стабільному тяжкому та середньої тяжкості стані за відсутності великого ступеня шоку для уточнення діагнозу проводили ряд додаткових методів обстеження.

При підозрі на пошкодження порожнистих органів призначали оглядову рентгенографію живота, яку виконали 28(21,1%) травмованим. Вільний газ у черевній порожнині виявлено у 20(71,4%).

УЗД проведено 30(22,6%) потерпілим з підозрою на пошкодження паренхіматозних органів і внутрішньочеревною кровотечею. Травма паренхіматозного органа без ознак кровотечі виявлена у 8(28,6%), з кровотечею – у 14(46,7%), вільна рідина в черевній порожнині за відсутності внутрішніх пошкоджень – у 6(21,4%).

Закінчували обстеження діагностичним лапароцентезом методом «пошукового катетера», який проведено у 99(22,6%) травмованих. Патологічну рідину (кров, кишковий вміст) в черевній порожнині

виявили у 44(44,4%) постраждалих. При виконанні лапаротомії у цих травмованих пошкодження внутрішніх органів діагностовано у 42(42,4%) пацієнтів, а у 2 – лапаротомія мала діагностичний характер. Відсутність патологічного вмісту в черевній порожнині при лапароцентезі у 51(51,5%) пацієнта давала підставу діагностувати забиття передньої черевної стінки. У 4 пацієнтів при лапароцентезі патологічна рідина в черевній порожнині не була знайдена, але при динамічному спостереженні ознаки абдомінальної катастрофи наростали, що призвело до подальшого хірургічного втручання.

Оперативне втручання у пацієнтів зі ступенем середньої тяжкості та стабільно тяжким розпочинали з середньосередньої лапаротомії. За необхідності рану розширювали залежно від виду пошкодження, що дозволяло виконати адекватну ревізію та стандартний обсяг втручання.

При тяжкому стані потерпілого, високому ступені шоку інтенсивна терапія розпочиналася на догоспітальному етапі, яку коригували у приймальному відділенні. Проводили катетеризацію сечового міхура та шлунка, а за необхідності і можливості – мінімальне додаткове інструментальне обстеження. Травмовані транспортувалися безпосередньо в операційну в супроводі реанімаційної бригади.

Вибір методу оперативного втручання залежав від виду пошкодження, ступеня крововтрати та часу з моменту травми. Тяжкість пошкоджень органів оцінювали за шкалою AIS.

При множинних пошкодженнях обсяг оперативного втручання зводився до мінімуму з метою зменшення інтраопераційної травми. Якщо при лапаротомії виявляли велику кількість крові, придатної до реінфузії, то за відсутності пошкоджень порожнистих органів її збирали і проводили реінфузію. При виявленні джерела кровотечі проводили тимчасовий гемостаз. Пошкоджені порожнисті органи тимчасово відмежовувалися від черевної порожнини. Після закінчення ревізії та з'ясування характеру абдомінальної травми обирали мінімальний обсяг втручання залежно від домінуючого пошкодження.

У післяопераційному періоді продовжувалася інтенсивна інфузійна, антибактеріальна терапія, вводили препарати крові та замітники.

При ізольованому пошкодженні селезінки I–II ступенів за AIS в останніми роками впроваджуємо органозберігаючі втручання (зашивання рани селезінки – у 3, субтотальна резекція – у 7) та консервативне ведення хворого (2). При пошкодженні III–IV ступенів за AIS виконували спленектомію (36 пацієнтів), до того ж у 4 була виявлена додаткова селезінка, що свідчило на користь спленектомії. При множинній травмі пошкоджена селезінка здебільшого (9 постраждалих) видалювалась, зашивали рану – у 1. Аутотрансплантація тканини селезінки у великий сальник лише при ізольованому її пошкодженні виконана 15(31,3%) оперованим.

При ізольованих (1 хворий) і множинних (3 пацієнти) травмах печінки I ступеня проводилося консервативне лікування, при пошкодженні II–III ступенів – розриви зашивали кетгуттом (10 пацієнтів) або виконували тампонаду великим сальником на ніжці (8 пацієнтів). При пошкодженні IV ступеня у 2 травмованих рани печінки тампонували марлевими серветками (методика «damage control») з подальшим повторним оперативним втручанням після компенсації шоку і стабілізації гемодинаміки.

Реінфузія крові проведена 14 травмованим з III–IV ступенями крововтрати об'ємом від 500 до 1500мл: 12 пацієнтам з ізольованою травмою селезінки, печінки та брижі кишечника, 2 – при множинних пошкодженнях без порушення цілісності порожнистих органів.

При ізольованій травмі з пошкодженням жовчного міхура (2 хворих) та множинній (1) виконали холецистектомію із зовнішнім дренажуванням

жовчних шляхів. У 1 пацієнта з повним розривом холедоху при множинній травмі також видалили жовчний міхур, наклали холедоходуоденоанастомоз з дренаванням жовчної протоки назовні.

При травмі підшлункової залози I–II ступенів у 10 пацієнтів дренавали сальникову сумку, при розриві III ступеня дистального відділу підшлункової залози рану зашили у 1, резекція хвоста підшлункової залози проведена у 1. Подальше лікування цих пацієнтів проводилось як при гострому панкреатиті.

II та III ступені пошкоджень за AIS переважали при ізольованих та множинних травмах тонкої кишки. При II ступені за AIS рани зашивали з вирізанням країв у 21, разом із зашиванням брижі – у 11. При пошкодженні III ступеня за AIS рани кишок були зашиті у 4. Резекцію кишки з анастомозуванням виконали у 9 пацієнтів з III ступенем за AIS та у 2 – з IV. Зашивання брижі тонкої кишки було виконано у 7. Ізольовану рану товстої кишки II ступеня за AIS зашили у 2 травмованих, зашивання рани товстої кишки з виведенням стоми при III ступені AIS – у 4 потерпілих. Операцію при ізольованій травмі ДПК III ступеня за AIS закінчили зашиванням рани з накладанням гастроентероанастомозу у 1, зашиванням ран кишки при множинній травмі – у 2.

З метою декомпресії тонкої кишки 22 травмованим проводили трансазальну (20) або трансцекальну (2) інтубацію кишечника.

Післяопераційні ускладнення спостерігались у 29(21,8%): нагноєння рани передньої черевної стінки – у 18, в основному з пошкодженням кишечника; рання спайкова кишкова непрохідність – у 4 (з них 3 оперовано); пневмонія після спленектомії – у 3; гострий післятравматичний панкреатит – у 2; ДВЗ-синдром – у 1; евентрація – у 1.

У післяопераційному періоді померло 22(16,5%) пацієнти. Причини летальності: тромбоемболія легеневої артерії – у 10, гостра серцево-судинна недостатність – у 8, інтоксикація – у 3(перитоніт – у 2, непрохідність – у 1); посттравматичний панкреатит – у 1.

ВИСНОВКИ

План обстеження хворих складався залежно від загального стану хворого, включав рентгенологічне, ультразвукове дослідження та діагностичний лапароцентез. При тяжкому стані травмованого зі стабільною гемодинамікою обстеження проводилося паралельно з протишоковими заходами. Пацієнти у дуже тяжкому стані з шоком та нестабільною гемодинамікою доставлялися безпосередньо в операційну.

Вибір методу оперативного втручання у пацієнтів в стабільному стані залежав від ступеня пошкодження органа за AIS та об'єму крововтрати. Перевагу надавали органозберігаючим втручанням. Реінфузію крові виконували за відсутності пошкоджень порожнистих органів. У пацієнтів у тяжкому стані з масивною крововтратою операція проводилася за принципом «Damage control».

Алгоритм обстеження та диференціального лікування залежно від тяжкості травми і ступеня пошкодження органів ще потребує подальшого удосконалення, що буде проводитись у перспективі.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Продовжити вивчення диференційованого підходу до хірургічної тактики при ізольованих та множинних пошкодженнях живота, що зменшує кількість ускладнень та летальних наслідків.

SUMMARY

The result of surgical treatment of 439 patients with the blunt abdominal trauma we were analyzed in age from 20 to 70 years/ Abdominal trauma founded in 366 (83,4%) associated

with extraabdominal injuries in 73 (16,6%) The injuries of abdominal organs were discovered in 133 (30,3%). Diagnostic modalities (roentgenogram of abdomen, ultrasound, laparocentesis) were provided simultaneously with therapy versus shock. Sole injury organ were adjusted in 101 (75,9%), multitude injury in 32 (24,1%). Surgical operation was consisted in the wide access and revision of organs of abdominal region, stop of bleeding, removal of the exposed damage of organs. There were performed treatments by method of "damage control" in two patients. Type operation selection of injuring organ was provided to depending from AIS grade. Postoperative issues were emerged in 19 (14,3%). Postoperative mortality was consisted 22 (16,5%).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Meyer A.A. Death and disability from injury: a global challenge // J.Trauma. – 1998. – Vol.44, №1. – P.1-12.
2. Молитвословов А.Б., Бокарев М.И., Мамонтов Р.Е., Горев В.К., Азатян К.Д., Нечаенко А.М., Бирюков Ю.В. Диагностика поврежденных живота при сочетанной травме // Хирургия. – 2002. – № 9. – С. 22-26.
3. Хижняк А.А., Волкова Ю.В., Павленко А.Ю., Лизогуб М.В. Оптимізація тактики лікування хворих із закритою абдомінальною травмою // Одеський медичний журнал. – 2004. – № 4. – С. 83-87.
4. Ефименко Н.А., Ревской А.К., Лесик П.С., Ютанин С.Н., Майров А.А. Медицинская помощь пострадавшим с закрытой травмой на догоспитальном этапе // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 2. – С. 21-26.
5. Лебедев М.В., Абакумов М.М., Малярчук В.И. Диагностика поврежденных живота при сочетанной травме // Хирургия. – 2002. – № 12. – С. 53-57.
6. Сідий А.В., Безкоровайний В.І., Нетков А.Д. Травма живота з пошкодженням порожнистих органів: діагностика, лікування // Одеський медичний журнал. – 2004. – № 4. – С. 70-72.
7. Forsythe R.M., Harbrecht V.G., Peitzman A.B. Blunt splenic trauma // Scand.J.Surg. – 2006. – V. 95, N 3. – P. 133-212.
8. Романенко А.Е. Закрытые повреждения живота. – К.: Здоров'я, 1985. – 207 с.
9. Трутяк І.Р. Пошкодження товстої кишки: хірургічна тактика, гнійно-септичні ускладнення // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 3. – С. 47– 50.
10. Абакумов М.М., Дубров Э.Я., Владимірова Е.С., Деркачева Е.В. Ультразвуковые методы исследований в определении лечебной тактики у пострадавших с повреждением селезенки // Хирургия. – 2001. – № 8. – С. 21-23.
11. Шапринський В.О., Андросов С.І., Сінковський М.В., Росохай О.В., Шапринський В.В. Оптимізація діагностики та лікування травматичних пошкоджень органів черевної порожнини // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 1. – С. 346– 348.
12. П.Н. Замятин Хірургічна тактика постраждалих з політравмою при домінуючому ушкодженні паренхіматозних органів черевної порожнини // Шпитальна хірургія. – 2004. – №4. – С. 164– 166.
13. Брюсов П.Г., Ефименко М.А., Розанов В.Е. Оказание специализированной хирургической помощи при тяжелой механической сочетанной травме // Вестник хирургии. – 2001. – №1. – С.43– 47.
14. Иванов П.А., Гришин А.В., Корнеев Д.А., Зиняков С.А. Диагностика и лечение сочетанных повреждений поджелудочной и двенадцатиперстной кишки // Скорая мед. помощь. – 2004. – №3. – С.158-159.
15. Апарцин К.А., Стифуткин А.В., Расулов Р.И., Григорьев Е.Г. Этапная коррекция хирургической патологии живота (DAMAGE CONTROL) в условиях декомпенсированного гиповолемического шока // Вестник хирургии. – 2002. – № 2. – С.102 – 105.
16. Hoey B.A., Schwab C.W. Damage control surgery // Scand.J.Surg. – 2002. – Vol.91, №21. – P.92-103.

Надійшла до редакції 31 січня 2007 р.