

СИНДРОМ ХИБНОГО «ГОСТРОГО» ЖИВОТА У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Шевченко В. В., Курбатов В. О. студ. 4-го курсу

Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. І. Д. Дужий

СумДУ, кафедра загальної хірургії, фтизіатрії та радіаційної медицини

Актуальність теми: У всьому світі спостерігається перманентна тенденція до зростання частоти тяжких механічних травм з пошкодженням органів черевної порожнини, які супроводжуються високою до 60 - 80 % летальністю. Більше ніж у 70% випадків компонентом політравми є черепно-мозкова травма, яка спотворює класичні симптоми гострого живота у постраждалих, значно утруднюючи діагностику інтраабдомінальних пошкоджень. Це може приводити або до несвоєчасної діагностики цих пошкоджень і втрати часу для проведення екстреного оперативного втручання, або навпаки виконання операції при відсутності таких внутрішньочеревних пошкоджень, які нагально вимагали оперативного втручання. І перша і друга обставини негативно впливають на ефективність лікування цієї категорії постраждалих.

Мета: Вивчити інформативність різних методів обстеження у постраждалих з ПКАТ, клінічні та діагностичні особливості синдрому «хибного гострого» живота.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз 176 історій хвороб хворих з ПКАТ, що перебували на лікуванні у реанімаційному, нейрохірургічному і хірургічному відділеннях СОКЛ за період з 2005 по 2011 р. Чоловіків було – 133 (75,5%), жінок - 43 (24,5%). Вік постраждалих коливався від 16 до 82 років. Найбільше постраждалих було молодого працездатного віку, питома вага яких склала - 72,9%, осіб віком старше 50 років - було шпиталізовано майже у 5 разів менше (18,1%). Механізм отримання травми був різний, але переважною причиною отримання тяжких пошкоджень була ДТП, яка спостерігалася у – 102 (58%) випадків, падіння з висоти було другою провідною причиною травмування, вона мала місце – 70 (39,7%) постраждалих, значно рідше причиною пошкоджень були насильницькі дії (2,3%). Для характеристики тяжкості пошкоджень використовувалася AIS (Abbreviated Injury Score), для оцінки тяжкості ЧМТ - CGS (коматозна шкала Глазго).

Результати. У постраждалих із ПКАТ, що мали тяжкі порушення свідомості (< 12 балів за CGS) фізикальне обстеження живота - необ'єктивне, воно може дати цінну інформацію лише при достатньо збереженій свідомості (> 12 балів за CGS). Серед хворих з ПКАТ з легкою ЧМТ у 14 (7,95%) при фізикальному обстеженні визначалися позитивні симптоми «гострого живота». 10 (71,4%) із них були терміново оперовані. У 6 хворих проведений у цих пацієнтів лапароцентез також розцінений як позитивний. Субопераційно у двох постраждалих виявленні пошкодження печінки 3 ступеня за AIS, гемоперитоніум більше 1,5 л. крові, в одному випадку пошкодження селезінки 4 ступеня за AIS, гемоперитоніум до 2 л. крові. У цих пацієнтів фізикальне обстеження, доповнене ЛПЦ було інформативним, показання для оперативного втручання були абсолютні. В інших трьох випадках субопераційно знайдено: у одного постраждалого незначне поверхневе пошкодження великого чепця із зупиненою кровотечею на момент лапаротомії, у двох – заочеревинна гематома з дифузійною геморагічною рідиною через очеревину. У цих трьох випадках лапаротомія не мала лікувального характеру, а лиш погіршила стан постраждалих. У 8 інших хворих використано новий розроблений діагностичний алгоритм, який включав фізикальне обстеження, екстрену ультрасонографію черевної порожнини і мінілапаротомію. У двох випадках використана паралельно із проведенням комп'ютерної томографії голови і КТ черевної порожнини. Діагноз інтраабдомінальних пошкоджень, які вимагали екстреного оперативного втручання визначено у 4 постраждалих, у інших 4 випадках, незважаючи на наявність яскравої клінічної картини «гострого живота» вдалося уникнути даремної лапаротомії.

Висновок: При поєднанні закритої травми живота із черепно-мозковою, у постраждалих можуть визначитися хибно позитивні симптоми «гострого» живота. Для уникнення даремних лапаротомій у цих постраждалих, які погіршують їх стан і можуть спричинити тяжкі післяопераційні ускладнення необхідно використовувати розроблений алгоритм обстеження, що включає УЗД, КТ черевної порожнини і мінілапаротомію. Мінілапаротомія більш ефективна у діагностиці закритої абдомінальної травми порівняно із лапароцентезом.