

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПОЄДНАНІЙ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ

Дужий І.Д., Шевченко В.П., Шевченко В.В.

Сумський державний університет

Медичний інститут

Вступ: Останнє десятиріччя характеризується ростом травматизму, в структурі якого збільшується питома вага поєднаних травм (ПТ), які супроводжуються високою летальністю до 80% [1,2,8]. Поєднана краніоабдомінальна травма (ПКАТ) серед ПТ складає від 3,6% до 42,6 % [5]. ПКТ є специфічною категорією травми, при якій тяжкість стану визначається не просто сумою ушкоджень, а низкою обтяжуючих патофізіологічних процесів з розвитку синдрому взаємного обтяження. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) вносить якісно нові риси, перебіг і діагностику ПКАТ, і суттєво погіршує результати лікування [3,6]. На відміну від ізольованої закритої травми живота діагностика інтраабдомінальних ушкоджень при ПКАТ значно складніша, що пов'язано з відсутністю вербального контакту, розвитком «псевдоабдомінальних» або «псевдодислокаційних» чи «псевдокомпресійних» синдромів у постраждалих, дефіцитом часу і необхідністю проведення реанімаційних заходів під час обстеження [6, 7, 8, 9] і призводить до високої частоти діагностичних помилок (35-45%) та проведенню невиправданої "експлоративної" лапаротомії у 28-50% постраждалих з тяжкою ЧМТ. Це значно погіршує їх стан і може привести до летального наслідку [3,9]. З початку 90-х років у світі набула поширення консервативна тактика не тяжких пошкоджень паренхіматозних органів [10,11]. Відсутність єдиної діагностично-лікувальної тактики, значна частота діагностичних помилок і високий рівень летальності у постраждалих з ПКАТ свідчить про актуальність і необхідність подальшого вивчення цієї проблеми.

Мета роботи: Оптимізація діагностично-лікувальної тактики у постраждалих з закритою травмою живота в поєднанні з ЧМТ різного ступеню тяжкості.

Матеріали і методи: За період 2002-2007 р.р. госпіталізовано 104 хворих з поєднаною КТ. Чоловіків – 80 (76,9%), жінок 24(23,1%). Вік травмованих від 18 до 76 років (в середньому – 40,2 роки). Найбільш частими причинами травми були: дорожньо-транспортні пригоди – 56,7%, падіння з висоти – 22,1%, побутові травми-21,2%. В стані алкогольного сп'яніння – 42 (40,8%) постраждалих. Протягом першої години після отримання травми госпіталізовані - 36 (34,6%), протягом перших трьох годин - 48 (46,2%), пізніше - 20 (19,2%). Для оцінки тяжкості травми використано шкалу тяжкості пошкоджень Injury Severity Score (ISS). Ступінь порушення свідомості характеризували за коматозною шкалою Глазго (CGS). Для визначення тяжкості стану постраждалих використана методика за Pape et Krettek.

В алгоритм обстеження крім лабораторних досліджень входили: оглядова рентгенографія черевної порожнини, краніографія, ехоенцефалоскопія, КТ головного мозку, УЗД органів черевної порожнини, лапароцентез з перитонеальним лаважом, мінілапаротомія.

Результати та їх обговорення: В залежності від тяжкості стану постраждалі розподілені на три групи: I група - 23 (22,1%) постраждалих із стабільним станом (число балів за ISS – до 25, за CGS – більше 10) із збереженим вербальним контактом; II група – 49 (47,1%) постраждалих з тяжким станом (число балів за ISS – 26-45, за CGS – 10-7), з вираженим пригнічення основних вітальних функцій, травматичним шоком III ступеню, з порушеним вербальним спілкуванням; III група – 32 (30,8%) постраждалих в критичному стані (число балів за ISS – більше 40, за CGS – менше 7), з травматичним шоком IV ступеня, в сопорі або комі.

В залежності від тяжкості стану використовували диференційований алгоритм обстеження. При стабільному стані (I група) - виконувався весь комплекс діагностичних досліджень, що включав рентгенологічне,

ультразвукове та КТ дослідження, лапароцентез, частіше – мінілапаротомія. У постраждалих II групи виконувався аналогічний об'єм обстежень, але при порушенні свідомості і наявності вогнищевої неврологічної симптоматики додатково проводилась комп'ютерна томографія мозку. У постраждалих III групи алгоритм обстеження залежав від стану вітальних функцій організму. За наявністю травматичного шоку або мозкової коми хворі надходили в реанімаційне відділення або зразу в операційну, де поряд з реанімаційними заходами проводили УЗД дослідження черевної порожнини, лапароцентез чи мінілапаротомію, а після стабілізації стану КТ головного мозку.

Пошкодження органів черевної порожнини діагностовані у 86 хворих, які були екстрено оперовані. Найчастіше пошкоджувались: печінка(38), селезінка(36), тонка кишка (38). Ізольовані пошкодження одного органу були лише у 16 (15,4%), у більшості – 70 (67,3%) комбінація органів. У двох постраждалих під час лапаротомії діагностовано лише неглибокий підкапсульний розрив печінки, у 8 - заочеревинна гематома. У 26 (25%) постраждалих діагностовані тяжкі краніальні травми, які потребували екстреної нейрохірургічної операції (внутрішньочерепна гематома – у 15, втиснутий перелом з розривом твердої мозкової оболонки – у 6, вогнищеві пошкодження головного мозку з дислокацією середини структур більше ніж 5 мм - у 5). Хірургічна тактика при ПКАТ вибиралась у кожному конкретному випадку в залежності від домінуючого життєвонебезпечного ушкодження, яке визначало і черговість оперативного втручання. Симультанні втручання з приводу тяжкої ЧМТ і інтраабдомінальної травми виконані у 10 постраждалих. «Невиправданні лапаратомії» виконані у 8 (7,9%).

ПКАТ супроводжувалась високою летальністю (41,6 %). Під час проведення реанімаційних заходів померли 7 (6,7%) у 2 (1,9%) смерть настала на операційному столі під час операції, у 31 (29,8%) - у відділенні реанімації після операції. Протягом першої доби померли 54,3 % постраждалих. Причинами смерті були: тяжкі інтракраніальні і інтраабдомінальні ушкодження.

Про труднощі діагностики ушкоджень при ПКАТ свідчить і той факт, що 16 потенційно смертельних пошкоджень були виявлені тільки на розтині (розриви паренхіматозних органів у 3, пошкодження органів заочеревинного простору у 4, внутрішньомозкова гематома у 4, субарахноїдальний крововилив у 5). Причинами діагностичних помилок були тяжкість стану і обмеження в часі на проведення додаткових обстежень внаслідок смерті потерпілих.

Летальність корелювала з тяжкістю ПКАТ.

У I групі із 23 постраждалих померли 5 (22,5%), в II групі – із 49 – 18(36,7%), в III групі – із 32 померли 23 (71,8%).

Таким чином, ПКАТ характеризується тяжким перебігом, складністю діагностики, високою летальністю, яка корелює з тяжкістю стану постраждалих.

Заслужений лікар України,
професор, д. м. н.
завідувач кафедри загальної хірургії,
радіаційної медицини і фтизіатрії

І.Д. Дужий

Доцент кафедри загальної хірургії,
радіаційної медицини і фтизіатрії
к. м. н.

В.П.Шевченко

Аспірант кафедри загальної хірургії,
радіаційної медицини і фтизіатрії

В.В.Шевченко

Література

1. Антонюк М.Г. Особливості клініки, діагностики та лікування поєднаної черепно-мозкової травми та закритої торакоабдомінальної травми // Військова медицина України. – 2003. – Т.3. - №3-4. - С.109-113.
2. Бойко В.В., Кононенко М.Г. Закрита травма живота.- Харків.-2008.- 528с.
3. Бокарев М.И., Киценко Е.А., Варденян А.В. Необоснованные операции у пациентов с сочетанной травмой живота и головы//Медицинский академический журнал.-2007.-Т.7.-№3. Приложение №10.-С.205-206.
4. Гурьев С.О., Шищук В.Д., Мацюк С.В. Стандартизація та уніфікація лікування постраждалих з політравмою.- Суми.-2006.-128с.
5. Лебедев Н.В., Абакумов М.М., Малярчук В.И. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме // Хирургия. - 2002. - № 12. -С. 53-58.
6. Павловський М.П., Трутяк І.Р., Герич І.Д. Травматичні ушкодження паренхіматозних органів черевної порожнини: хірургічні аспекти// Одеський медичний журнал.-2004.-№4.-С. 60-62.
7. Педаченко Е.Г., Удод С.В. Абдоминальный синдром в остром периоде черепно-мозговой травмы.- Киев.- 1999.- С.231.
8. Рошчін Г.А. Тяжка поєднана травма (принципи організаційної та лікувальної тактики надання уніфікованої невідкладної медичної допомоги постраждалим в ранньому періоді травматичної хвороби) // Дис. Докт. Мед.наук: Київ.- 2006.- С.-302.
9. Щедренок В.В., Могучая О.В., Яковенко И.В. Особенности клиники сочетанной черепно-мозговой травмы// Вестник хирургии.-2008.-т.167.-№4.- С.40-42.
10. Demetriades D., Velmahos G. Technology – driven triage of abdominal trauma: The emerging era of nonoperative management// Annu. Rev. Med.-2003.- 54.-p.1-15.
11. Weigelt I.A., Kingman R.G. Complication of negative laparotomy for trauma// Am. J. Surg.-1998.-156.-p.544-548.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПОЄДНАНІЙ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ

Дужий І.Д., Шевченко В.П., Шевченко В.В.

Сумський державний університет, медичний інститут

Реферат.

Узагальнено досвід хірургічного лікування 104 постраждалих з поєднаною краніоабдомінальною травмою (ПКАТ) в гострому періоді. Проаналізовані особливості діагностики і лікування закритої травми живота в поєднанні з черепно-мозковими пошкодженнями різного ступеня тяжкості. Летальність склала 41,6%.

Ключові слова: краніоабдомінальна травма, діагностика, хірургічне лікування.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ КРАНИОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Дужий И.Д., Шевченко В.П., Шевченко В.В.

Сумской государственной университет, медицинский институт

Реферат.

Обобщен опыт хирургического лечения 104 пострадавших с сочетанной краниоабдоминальной травмой (СКАТ) в остром периоде. Проанализированы особенности диагностики и лечения закрытой травмы живота в сочетании с черепно-мозговыми повреждениями различной степени тяжести. Летальность составила 41,6%.

Ключевые слова: краниоабдоминальная травма, диагностика, хирургическое лечение.

PECULIARITIES OF DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC TACTICS AT CRANIOCEREBRAL TRAUMA

Duzhy I.D., Shevchenko V.P., Shevchenko V.V.

Medical Institute of Sumy State University

Summary.

The experience of surgical treatment of 104 injured persons with associated craniocerebral trauma (ACAT) in acute period was summarized. The diagnosis and surgical tactics peculiarities in the blunt abdominal trauma with associated craniocerebral injury depending from severity of the injury were analysed. Mortality was 41,6%.

Key words: craniocerebral trauma, diagnostic, surgical treatment.