

УРГЕНТНА АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІО-ТОРАКО-АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

*Шевченко В.В., інтерн-магістр
Науковий керівник – проф. Дужий І.Д.*

СумДУ, медичний інститут, кафедра загальної хірургії

Закрита торако-абдомінальна травма складає 35-60,2% поєднаних ушкоджень і супроводжується високою летальністю. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є домінуючим компонентом полі травми майже у 80% випадків і безпосередньою причиною смерті до 45% потерпілих, а її тяжкість визначає рівень летальності при поєднаній краніо-торако-абдомінальній травмі (ПКТАТ) до 85,6%. Протягом першої доби з моменту госпіталізації помирає більше 56% з тяжкою ПКТАТ, при цьому 76% в перші 6 годин. Так, за даними реанімаційного відділення СОКЛ за рік госпіталізовано 36 постраждалих з тяжкою ПКТАТ, із них померло 20 (55%), при цьому в першу добу – 14 (70%). Тяжка ЧМТ, що супроводжується порушення свідомості, суттєво погіршує діагностику абдомінальних ушкоджень. Додаткова торакальна травма ще більше ускладнює виявлення пошкоджень органів черевної порожнини і значно погіршує тяжкість стану постраждалих. Проаналізовано результати діагностики і лікування 167 хворих з тяжкою ПКТАТ за матеріалами хірургічного, нейрохірургічного та реанімаційного відділень за період 2004-2006 рр. Чоловіків – 103, жінок – 64. Середній вік – 40,2. Причинами травми були переважно автомобільні аварії (64%) і падіння з висоти (20,3%). У тяжкому стані з ознаками травматичного шоку III-IV ступеня госпіталізовано 76, з яких 42 померло в перші години. В алгоритм обстеження входило лабораторне, рентгенологічне обстеження органів грудної клітки, оглядова рентгенографія та УЗД органів черевної порожнини. У пацієнтів в стані шоку обстеження поєднувалось з проведенням реанімаційних заходів. У 32 хворих проведена діагностична плевральна пункція, лапароцентез і мінілапаротомія проведені у 62 хворих. У 31 хворого виявлено патологічний ексудат в черевній порожнині, що послужило приводом до ургентної лапаротомії. Субопераційно виявлено пошкодження селезінки у 12 хворих, розрив печінки – у 6, травма підшлункової залози – у 5, заочеревинна гематома – 6, пошкодження тонкої кишки – у 6, розрив жовчного міхура – у 2. Легка ЧМТ діагностові у 82 постраждалих. У 85 виявлено забій та компресію мозку середнього та важкого ступенів. У 42 хворих виконана декомпресійна трепанація. Після операцій на органах черевної порожнини померло 4 хворих з масивними пошкодженнями печінки та панкреонекрозом. Таким чином, у постраждалих з ПКТАТ діагностика ушкоджень органів черевної порожнини суттєво ускладнена, для своєчасного виявлення абдомінальної патології і проведення екстреного оперативного втручання доцільно використання інструментальних інвазійних методів: лапароцентезу і мінілапаротомії. При цьому мінілапаротомія має більшу діагностичну ефективність.