

**Тактичні підходи до діагностики та лікування закритої абдомінальної травми**

Б.С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, В.В. МІЩЕНКО, В.І. ШИШЛОВ, В.М. КАЧАНОВ, О.В. ПАЩЕНКО, О.В. ВЕЛЮРА  
Одеський державний медичний університет

**TACTIC APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CLOSED ABDOMINAL TRAUMA**

B.S. ZAPOROZHCHENKO, V.V. MISHCHENKO, V.I. SHYSHLOV, B.M. KACHANOV, O.V. PASHCHENKO, O.V. VELIURA

Odessa State Medical University

Проаналізовано результати лікування 165 потерпілих із (ЗАТ) у віці від 16 до 83 років. Тактичні підходи до діагностики та лікування закритою абдомінальною травмою хворих із ЗАТ заключались у проведенні протишокової терапії одночасно з діагностикою. Хірургічне втручання на органах черевної порожнини виконувалось з широкого лапаротомного доступу і полягало у ревізії органів черевної порожнини, зупинці кровотечі, усуненні виявлених пошкоджень. 111 (67,3 %) потерпілих були у стані шоку, 55 (33,3 %) – з ознаками внутрішньочеревної кровотечі. У 92 (55,8 %) виявлені пошкодження паренхіматозних органів, у 73 (44,2 %) – порожнинних органів та брижі. Ускладнення виникли у 6 (3,6 %). Рання післяопераційна летальність склала 1,2 %. Загальна – 3,6 %. Основними причинами смерті при ЗАТ є шок, кровотеча, гнійно-септичні захворювання.

The results of medical treatment are analysed 165 the victim with CAT in age from 16 to 83 years. Tactical approaches in diagnostic and medical treatment of the closed abdominal trauma consisted in conducting of antishock therapy simultaneously with conducting of diagnostics. Surgical intervention on the organs of abdominal region was executed from wide laparotomy access, revision of organs of abdominal region, stops of bleeding, removal of the exposed damages. 111 (67,3 %) of the victim were in being of shock, 55 (33,3 %) with the signs of the intraabdominal bleeding. There are the exposed damages of parenchimatose organs in 92 (55,8 %), at 73 (44,2 %) - cavity organs and mesenterium. Complications arose up in a 6 (3,6 %). Ealy post opertoire mortality made the 1,2 %. Common - 3,6 %. Main reasons of death at CAT there is shock, bleeding, pus-septique disease.

**Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблема тактичного підходу до діагностики та лікування закритої абдомінальної травми (ЗАТ) актуальна. Частота цієї травми складає 17,6-30 % від числа усіх механічних пошкоджень [1, 2]. При поєднаних пошкодженнях ЗАТ зустрічається у 14,6-60,2 % випадків і супроводжується летальністю у 27-47,6 % спостережень [3, 4] від шоку (51,4 %) і кровотечі (13,8 %). У більшості випадків (до 91 %) пошкодження органів черевної порожнини спостерігається при дорожно-транспортних пригодах, побутових травмах (бійка, падіння з висоти та ін.) [1]. При цьому пошкоджуються як органи черевної порожнини (селезінка, печінка, брижа тонкого і товстого кишечника, розриви кишечника), так і органи заочеревинного простору та грудної клітки (ребра, легені, органи межистіння), хребет, таз, голова, кінцівки, що, з одного боку, обтяжує перебіг основного пошкодження, а з іншого – утруднює його діагностику та вибір адекватної і своєчасної тактики лікування.

Клінічна семіотика ЗАТ багатостороння, а відсутність патогномонічних клінічних ознак утруднює її вірогідну і своєчасну діагностику, збільшує тривалість доопераційного періоду, впливає на подальшу хірургічну тактику, вибір методу лікування [4].

Рентгенологічні та ультразвукові методи дослідження при гіпер- або гіподіагностиці не виключають помилок у встановленні діагнозу ЗАТ. Особливо це характерно при травмах органів черевної порожнини, які перебігають з неясно вираженою, стертою клінічною картиною, що не зменшує загрози життю потерпілих та розвитку небезпечних ускладнень. “Пошуковий” катетер при лапароцентезі часто дає негативний результат, що не завжди відповідає дійсному стану у черевній порожнині при ЗАТ. Виконання лапаротомії у 30 % спостережень неоправдане. При цьому потерпілому наноситься додаткова операційна травма, яка обтяжує стан пацієнта і погіршує прогноз лікування [3,4].

Висока частота ускладнень і летальності спонукають хірургів до пошуку більш досконалих тактичних підходів до діагностики та лікування закритої абдомінальної травми [4].

Метою нашої роботи є розробка тактичних підходів до діагностики та лікування закритої абдомінальної травми на аналізі результатів лікування ЗАТ.

**Матеріали і методи.** У клініці факультетської хірургії за 1990-2004 рр. прооперовано 165 потерпілих із ЗАТ віком від 16 до 83 років. Чоловіків було 121 (73,3 %), жінок – 44 (26,4 %). У працездатному віці (17-60 років) знаходилось 132 (80,0 %) пацієнти. У стані алкогольного сп'яніння доставлені 63 (38,2 %) хворих. У 56 (33,9 %) потерпілих пошкодження було наслідком ДТП, у 52 (31,5 %) – падіння з висоти, у 57 (34,5 %) – побутової травми.

Через 30 хв після одержання травми поступили 25 (15,2 %) хворих, від 30 хв до 1 години – 133 (80,6 %), від 1-ї години і більше – 7 (4,2 %) хворих.

Задовільний загальний стан був у 49 (29,7 %) потерпілих, середнього ступеня тяжкості – у 50 (30,3 %), тяжкий – у 61 (37,0 %), термінальний – у 5 (3,0 %).

У шоківому стані поступило 111 (67,3 %) хворих: 1-2-го ступеня – 45 (40,5 %), 3-4-го – 66 (59,5 %). Причиною виникнення шоку у 19 (17,1 %) хворих була травма, у 21 (18,9 %) – крововтрата, у 71 (64,0 %) – поєднання травми і крововтрати. Шоківий стан, незалежно від ступеня тяжкості, не є протипоказанням до здійснення реанімаційного оперативного втручання (зупинки кровотечі). Навпаки, операція на фоні інтенсивної терапії є важливим протишоковим заходом.

Пошкодження паренхіматозних органів виявлене у 92 (55,8 %) хворих: печінки – у 52, селезінки – у 32, підшлункової залози – у 8. Пошкодження порожнистих органів спостерігали у 73 (44,2 %) потерпілих: пошкодження тонкого кишечника – у 26, товстого – у 18, брижі кишечника – у 21, дванадцятипалої кишки – у 6, шлунка – у 2. У 46 (27,9 %) хворих відзначені численні пошкодження органів черевної порожнини. У 110 (66,7 %) випадках ЗАТ була поєднана з травмами інших ділянок організму. Поєднання пошкоджень декількох органів черевної порожнини і заочеревинного простору виявлено у 19 (11,5 %) потерпілих.

Кровотеча в черевну порожнину відмічена у 55 (33,3 %) випадках. При цьому величина крововтрати склала від 300 до 3000 мл. Реінфузія крові за загальноприйнятою методикою проведена 20 (36,4 %) потерпілим.

В комплекс обстеження потерпілих входили клінічні, лабораторні, рентгенологічні та інструментальні методи дослідження. Ступінь тяжкості пошкодження оцінювали за шкалою PTS [4].

При задовільному та середньої тяжкості, але стабільному, стані потерпілих ситуація дозволяє застосовувати весь комплекс діагностичних досліджень, у тому числі рентгенологічне, рентгенокомп'ютерне, ендоскопічне та ультразвукове дослідження.

Потерпілих у тяжкому або край тяжкому станах з травматичним шоком, кровотечею доставляли відразу в палату інтенсивної терапії або операційну. Проводили катетеризацію центральної (підключичної) вени, встановлювали назогастральний зонд та катетер у сечовий міхур. Рентгенологічне дослідження у мінімальному обсязі проводилось паралельно з реанімаційними засобами пересувним рентгенапаратом. Виконували лапароцентез або лапароскопію. За показаннями здійснювали плевральну пункцію.

Своєчасне встановлення діагнозу ЗАТ є провідним при визначенні показань і методу оперативного втручання. Від цього також залежить ефективність та результати хірургічного лікування потерпілих з ЗАТ.

### Результати досліджень та їх обговорення.

У потерпілих з ознаками триваючої кровотечі, що загрожувала життю, оперативне втручання виконували у невідкладному, одночасно поряд з проведенням протишокової терапії; у решти – після проведення короткочасної передопераційної підготовки.

При оперативному втручанні при ЗАТ вибір хірургічної тактики є важливим з точки зору визначення домінуючого, конкуруючого і супутніх пошкоджень. Оперативне лікування потерпілих із ЗАТ починали з широкої лапаротомії, що дозволяло виконати адекватну ревізію органів черевної порожнини. Основним показанням до лапаротомії була внутрішньочеревна кровотеча. В першу чергу, виконували операції та маніпуляції, спрямовані на усунення розладів кровообігу, зупинку кровотечі. Обсяг операції визначався на основі даних клінічних та додаткових методів дослідження, оцінки тяжкості і прогнозування наслідків травми та результатів інтраопераційного обстеження черевної порожнини.

Ускладнення виникли у 9 (5,5 %) потерпілих із ЗАТ: посттравматична пневмонія – у 4 хворих, перитоніт – у 2, нагноєння операційної рани – у 3.

Померли в перші години перед операцією та в ранній післяопераційний період 2 (1,2 %) потерпілих. Основними причинами смерті були шок та масивна кровотеча. У пізні строки основною причиною смерті

4 (2,4 %) потерпілих були гнійно-септичні ускладнення. Загальна летальність склала 3,6 %.

З метою поліпшення найближчих та віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ЗАТ, зниження частоти гнійно-септичних ускладнень нами проводилась профілактика інфекційних ускладнень і лікування перитоніту амоксиклавом: одна доза 1,2 г вводилась під час індукції в анестезію, а потім додатково 4 дози по 1,2 г протягом доби. При наявності ознак перитоніту, або виникнення клінічних проявів інфекції амоксиклав вводили по 1,2 г 3 рази на добу протягом 10 днів.

**Висновки.** Таким чином, хірургічне втручання у потерпілих з ЗАТ слід виконувати одночасно із здійсненням протишокових заходів, а за наявності кровотечі воно складає їх основу.

При визначенні хірургічної тактики треба виділяти домінуюче, конкуруюче та супутнє пошкодження. Визначення обсягу операції повинно ґрунтуватися на даних клінічних, додаткових методів дослідження, оцінці тяжкості хворого та результатах інтраопераційного обстеження черевної порожнини.

Застосування простих інструментальних методів дослідження, зокрема, рентгенологічного, лапароцентезу, діагностичної лапароскопії дає можливість у більшості випадків встановити правильний діагноз і уникнути помилок у вигляді необґрунтованих лапаротомій.

Основними обставинами, що ускладнюють перебіг ЗАТ і основними причинами смерті потерпілих з ЗАТ є шок, кровотеча та гнійно-септичні ускладнення.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Гринев М.В., Цыбин Ю.Н., Опушнев В.А. Травматическая болезнь и полиорганная недостаточность // Актуальные проблемы множественных и сочетанных травм: Тез. докл. науч. конф. – С.Пб, 1992. – С. 6.
2. Брунс В.А., Урман Н.Г., Срибных С.И. Хирургическая тактика при сочетанных травмах груди и живота // Сочетанная травма груди: Сб. науч. тр. НИМ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. – М, 1984. – С. 130-133.
3. Цыбуляк Г.Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. – С.Пб. Гиппократ, 1995. – 428 с.
4. Сайдаковский Ю.Я., Яцкевич Я.Е., Лабай Е.Н. Диагностика и тактика при сочетанной травме // Хирургия. – 1994. – № 12. – С. 38-42.

## Клініка гострого холецистит, ускладненого навколоміхуровим інфільтратом та його хірургічне лікування

М.Д. ВАСИЛЮК, С.М. ВАСИЛЮК, А.Г. ШЕВЧУК, В.С. ОСАДЕЦЬ

Івано-Франківська державна медична академія

### THE CLINICS OF ACUTE CHOLECYSTITIS WITH PARAVESICAL INFILTRATE AND ITS SURGICAL TREATMENT

M.D. VASYLIUK, S.M. VASYLIUK, A.G. SHEVCHUK, V.S. OSADETS

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

Проведено клінічний аналіз 103 хворих на гострий холецистит, ускладнений навколоміхуровим інфільтратом. Встановлено, що останній призводить до вираженого ендотоксикозу, розвитку перитоніту, зниження функціональної здатності печінки та імунної реактивності організму. Методом вибору оперативного лікування має бути лапароскопічна холецистектомія в перші 3 доби від моменту захворювання.

It was the analysis of 103 patients with acute cholecystitis with paravesical infiltrate. Paravesical infiltrate is the great importance of the endotoxycosis, peritonitis, lowering function of liver and immunological reactivity. The most effective intervention at patients with acute cholecystitis is laparoscopic cholecystectomy in the first three days from the disease beginning.

**Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень і публікацій.** Гострий холецистит займає друге місце за частотою в екстремій абдомінальній хірургії і складає 17-20 % хворих, які поступають в ургентному порядку [2]. За даними літератури, післяопераційна летальність при гострому калькульозному холециститі становить 1-15 %, залежно від тривалості захворювання і патоморфологічних змін в жовчному міхурі [3].

Альтернативою традиційній холецистектомії в оперативному лікуванні гострого холецистит на даний час вважають лапароскопічні технології. Коло протипоказань до лапароскопічної холецистектомії постійно звужується, однак не вирішеними залишаються питання доцільності застосування цієї технології при деструктивних формах гострого холецистит, особливо при наявності навколоміхурового інфільтрату, коли виникає небезпека пошкодження загальної жовчної протоки чи інших елементів гепатодуоденальної зв'язки [1].

Ще залишається нез'ясованим питання, чому в одних хворих виникає навколоміхуровий інфільтрат, а в інших – незважаючи на тривалий запальний процес в жовчному міхурі не спостерігається щільного інфільтрату, хоча стінка міхура може бути флегмонозно чи гангренозно зміненою.

Наведені обґрунтування стали передумовою до проведення даного дослідження.

**Мета роботи.** Вияснити причини виникнення навколоміхурового інфільтрату, вплив патологічного процесу на функціональний стан печінки та імунологічну реактивність організму й вибрати оптимальні терміни його хірургічного лікування.

**Матеріали і методи.** Нами проведено клінічне обстеження 103 хворих на гострий холецистит, ускладнений навколоміхуровим інфільтратом, прооперованих в клініці факультетської хірургії Івано-Франківської державної медичної академії. Серед прооперованих хворих чоловіків було 27 (26,2 %), жінок – 76 (73,8 %). 53 пацієнти були працездатного віку. В плановому порядку було госпіталізовано 72 хворих (69,9 %), в ургентному – 31 (30,1 %).

У всіх хворих проводили необхідний комплекс обстежень: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (білірубін, АсТ, АлТ, сечовина, креатинін, загальний білок), коагулограму, визначали спектр фракцій сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі, Іg G, Іg A, Іg M в цих фракціях, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини та езофагогастроуденофіброскопію за показаннями.

У 90 хворих була виконана лапароскопічна холецистектомія, у 7 – холецистектомія з верхньосереднього доступу і у 6 була проведена конверсія.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Серед пролікованих пацієнтів 94 (91,1 %) поступили в клініку в задовільному стані і 9 (8,7 %) – в стані середньої тяжкості. При гістологічному обстеженні мікропрепарату виявили, що гострий катаральний калькульозний холецистит спостерігався у 5 хворих (4,9%), гострий флегмонозний калькульозний холецистит – у 78 (75,7%), гострий гангренозний калькульозний холецистит – у 16 (15,5%), гострий гангренозно-перфоративний – у 4 (3,9%). Паралельно у 69 пацієнтів спостерігали емпієму жовчного міхура, у 7 (6,8%) – водянку жовчного міхура, перивезикальні абсцеси – у 5 (4,9%), місцевий перитоніт – у 4 (3,9%) і безсимптомний холедохолітіаз – у 5 (4,9%).

При аналізі термінів виникнення навколomіхурового інфільтрату, було встановлено, що найчастіше він виникає в перші 3-4 доби від моменту захворювання. Навколomіхуровий інфільтрат, крім технічних труднощів при проведенні лапароскопічної холецистектомії, призводить до вираженого ендотоксикозу, перитоніту і ураження функціонального стану пе-

чінки. Як показали дослідження, в запально змінений стінці жовчного міхура міститься грам-позитивна і грам-негативна мікрофлора та компоненти жовчі. Це призводить до руйнування протизапального бар'єру, накопичення в крові продуктів деструктивного катаболізму. При цьому різко порушується білковий обмін. В фракціях сироваткового білка зростає кількість гострофазних білків (церулоплазміну, трансферину, гаптоглобінів,  $\alpha_2$ -макроглобуліну,  $\alpha_1$ -глікопротеїну,  $\beta$ -ліпопротеїдів). Поряд з цим, настає ослаблення імунного захисту організму.

Використання консервативної терапії антибіотиків не призводить до затухання деструктивного процесу в жовчному міхурі. Так, в 38 пацієнтів, незважаючи на інтенсивну терапію, спостерігалися явища флегмони чи гангрену жовчного міхура, навколomіхурового інфільтрату і перитоніту.

При огляді хворих було встановлено, що у 71,8% визначався позитивний симптом Ортнера, а у 54,4% – болючість у точці Кера. Натомість, симптоми Георгієвського-Мюссі та Мейо-Робсона визначалися тільки у 27,2 і 22,3%, відповідно. Характерні клінічні ознаки гострого холециститу, ускладненого навколomіхуровим інфільтратом наведені в таблиці 1.

**Таблиця 1. Частота виникнення основних клінічних симптомів у хворих на гострий калькульозний холецистит з навколomіхуровим інфільтратом (n = 103)**

Ознака	Кількість	Відсоток
Загальна слабкість	84	81,5
Нудота і блювання	88	85,5
Втрата апетиту	77	74,8
Біль в правому підребер'ї	78	75,7
Біль в епігастрії	19	18,5
Відсутність болю	6	5,8
Підвищення температури	45	43,7
Збільшення печінки	36	34,9
Свербіж шкіри	4	3,9
Наявність інфільтрату в правій підреберній ділянці	15	14,6
Позитивний симптом Ортнера	74	71,8
Позитивний симптом Георгієвського-Мюссі	28	27,2
Позитивний симптом Мейо-Робсона	23	22,3
Болючість в точці Кера	56	54,4
Анемія	43	41,7
Лейкоцитоз	84	81,5
Лімфопенія	3	2,9
Підвищена ШОЕ	76	73,8

Як видно з таблиці 1, найбільш частими клінічними ознаками у даних хворих були загальна слабкість, нудота і блювання, біль в правому підребер'ї та зміни зі сторони загального аналізу крові.

Як показали наші дослідження, діагностувати

навколomіхуровий інфільтрат на основі клінічної картини дуже важко. Більш повні діагностичні дані дозволяє отримати проведення ультразвукового сканування жовчного міхура і позапечінкових жовчних шляхів (табл. 2).