

© Міщенко В.В., Грубник В.В., Горячий В.В.

УДК: 617.542-001-089+617.55-001-089

Міщенко В.В., Грубник В.В., Горячий В.В.

Одеський національний медичний університет, кафедра хірургії №1 (Валіховський пров., 2, м. Одеса, Україна, 65082)

ТОРАКО-АБДОМІНАЛЬНА ТРАВМА В ПРАКТИЦІ УРГЕНТНОГО ХІРУРГА - ОПТИМІЗАЦІЯ АЛГОРИТМУ НАДАННЯ ДОПОМОГИ

Резюме. Проведено аналіз хірургічного лікування 115 із ТАТ. Пошкодження паренхіматозних органів виявлене у 61(53,0%) хворих: печінки - у 25(21,7%), селезінки - у 31(27,0%), підшлункової залози - у 3(2,6%), нирок - у 2(1,7%). Пошкодження порожнистих органів спостерігали у 54(47,0%) хворих: пошкодження тонкого кишечника - у 14(12,2%), товстого - у 11(9,6%), брижі кишечника - у 21(18,3%), дванадцятипалої кишки - у 5(4,3%), шлунка - у 3(2,6%). Забій грудної клітки виявлений у 56(48,7%) потерпілих, перелом ребер - у 40(34,8%), пошкодження легень - у 15(13,0%), розрив діафрагми - у 4(3,5%). Пневмоторакс діагностовано у 18(30,5%) випадках, гемоторакс - у 16(27,1%), гемопневмоторакс - у 14(23,7%). У 25(21,7%) потерпілих домінуючою була травма органів грудної порожнини, у 90(78,3%) - черевної порожнини. Кількість хворих з відкритими пошкодженнями органів черевної порожнини склала 31(26,9%), а з відкритими пошкодженнями грудної клітки склала 19(16,5%) випадків. Ускладнення виникли у 17(14,8%) оперованих. Померли 8(6,9%) потерпілих.

Ключові слова: торако-абдомінальна травма, діагностика, лікування.

Вступ

Торако-абдомінальна травма (ТАТ) остається актуальною проблемою в ургентній хірургії, так як значна частина такого роду хворих госпіталізуються за ургентними показаннями в загально-хірургічний стаціонар.

Їх частота їх досягає до 30% усіх травм [Грубник та ін., 2011; Бойко та ін., 2011]. У потерпілих з поєднаною травмою ТАТ зустрічається у 14,6-60,2% випадків з летальністю до 27-47,6%. Основною причиною смерті у 51,4% випадках є шок, у 13,8% - кровотеча [Пеев та ін., 2013; Покидько та ін., 2010]. Причиною ТАТ у 91% випадків є дорожно-транспортні пригоди та падіння з висоти [Криворучко и др., 2011; Колкин и др., 2011]. Клінічні прояви ТАТ не завжди дозволяють виставити правильний діагноз та визначити єдино вірну тактику надання допомоги такій категорії хворих. Інструментальні методи дослідження (рентгенологічні і ультразвукові), особливо при пошкодженнях органів черевної порожнини, дають достатню кількість помилок, пов'язаних з гіпер- або гіподіагностикою. Постановка "пошукового" катетера при лапароцентезі, виконання плевральної пункції є простим і ефективним методом діагностики, але вони не завжди повністю відповідають на поставлені питання. Виконання ургентної лапароскопії і торакокопії у більшості випадків пов'язані з організаційно-технічними труднощами. Лапаротомія, особливо при закритих абдомінальних пошкодженнях, у 30% спостережень носить діагностичний характер і є додатковою операційною травмою, яка обтяжує стан пацієнта і погіршує прогноз лікування [Пеев и др., 2013; Колкин и др., 2011].

Відсутність конкретизованого алгоритму дій у кожному окремо взятому випадку ТАТ для ургентної бригади під час чергування затруднюють її ранню діагностику, обумовлюють збільшення тривалості доопераційного періоду, впливають на подальшу хірургічну тактику та вибір методу лікування [Покидько та ін., 2010].

Висока частота ускладнень і летальності спонукають хірургів до пошуку більш досконалих алгоритмів діагностично-лікувального напрямку у даній категорії хво-

рих [Покидько та ін., 2010]. Виходячи з вище сказаного, метою нашої роботи є аналіз результатів лікування ТАТ та досконалення алгоритму діагностично-лікувального напрямку у даній категорії хворих.

Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів лікування у клініці хірургії №1 115 оперованих хворих із закритою та відкритою ТАТ за період 2007-2012 рр. у віці від 16 до 83 років. Постраждалих чоловічої статі було 85(73,9%), жіночої - 30(26,1%). 92(80,0%) потерпілих були працездатного віку (20-60 років). Алкогольне сп'яніння різного ступеню діагностовано у 44(38,3%) травмованих. ТАТ в наслідок ДТП відмічена у 39(33,9%), у 37(32,2%) - при падінні з висоти. У 39(33,9%) потерпілих причиною травми були різноманітні побутової негаразди.

У термін до 30 хв. після травми госпіталізовано 5(4,3%) травмованих, від 30 хв. до 1 години - 18(15,7%), від 1-ї години і більше - 92(80,0%), що в певній мірі характеризує роботу швидкої допомоги та район обслуговування під час ургентної.

Загальний стан потерпілих у 35(30,4%) був задовільним, у 35(30,4%) - середнього ступеню важкості, у 42(36,5%) - важким, у 3(2,6%) - термінальним.

У стані травматичного шоку доставлено 78(67,8%) хворих, із них 3-4-го ступеню - 31(39,7%). Причиною виникнення шоку у 13(16,7%) потерпілих була травма, у 15(19,2%) - крововтрата, у 50(64,1%) - поєднання травми і крововтрати. У комплекс протишокових заходів у клініці включено здійснення реанімаційного оперативного втручання за показниками (зупинка кровотечі, усунення напруженого пневмотораксу та ін.). Операція на фоні інтенсивної терапії є важливим протишоковим заходом. У 77(66,9%) ТАТ була комбінована.

Із 115 випадків ТАТ пошкодження паренхіматозних органів виявлено у 61(53,0%) травмованого: печінки - у 25(21,7%), селезінки - у 31(27,0%), підшлункової залози - у 3(2,6%), нирок - у 2(1,7%). Пошкодження по-

рожнистих органів черевної порожнини спостерігали у 54(47,0%) потерпілих: пошкодження тонкого кишечника - у 14(12,2%), товстого - у 11(9,6%), брижі кишечника - у 21(18,3%), дванадцятипалої кишки - у 5(4,3%), шлунка - у 3(2,6%). У 32(27,8%) травмованих відзначені численні пошкодження органів черевної порожнини, а поєднання пошкоджень декількох органів черевної порожнини і заочеревинного простору виявлено у 13(11,3%) випадках. Кількість хворих з відкритими пошкодженнями органів черевної порожнини склала 31(26,9%) випадок.

Із загальної кількості потерпілих з ТАТ забій грудної клітки без пошкоджень ребер та органів грудної порожнини виявлений у 56(48,7%) випадках. Перелом ребер встановлений у 40(34,8%) травмованих, із них у 18(15,7%) було декілька переломів. Пошкодження легень виявлений у 15(13,0%) випадках, розрив діафрагми - у 4(3,5%). У цієї групи травмованих на фоні перелому ребер (59 осіб) пневмоторакс діагностовано у 18(30,5%) випадках, гемоторакс - у 16 (27,1%), гемопневмоторакс - у 14 (23,7%). Кількість хворих з відкритими пошкодженнями грудної клітки склала 19(16,5%) випадків.

У 38(33,0%) випадках від загальної кількості ТАТ відмічена кровотеча в черевну або грудну порожнину, при цьому величина крововтрати склала від 300 мл до 3000 мл. Під час виконання оперативного втручання на органах черевної порожнини та грудної клітки 20(17,4%) травмованим була можливість проведення реінфузії крові, яка виконана за стандартною методикою.

Комплекс обстеження потерпілих включав клінічні, лабораторні, рентгенологічні та інструментальні методи дослідження. Ступінь тяжкості пошкодження оцінювали за прогностичною шкалою J. Ranson.

При стабільному стані потерпілих застосовували весь комплекс діагностичних досліджень, у тому числі рентгенологічне, рентгенкомп'ютерне, ендоскопічне та ультразвукове дослідження.

Потерпілих з ТАТ у стані травматичного шоку, з ознаками кровотечі та пошкодження внутрішніх органів доставляли в палату інтенсивної терапії або операційну, де відразу ж починали протишокові заходи. Проводили рентгенологічне дослідження, виконували лапаросцентез, лапароскопію, катетеризацію сечового міхура. При торакальній травмі за неможливості проведення рентгенологічного дослідження здійснювали плевральну пункцію. Для визначення характеру ушкодження легень, діафрагми, міжреберних судин проводили торакокопію за показаннями.

Ефективність хірургічного лікування потерпілих з поєднаною торакоабдомінальною травмою значною мірою залежить від своєчасного встановлення діагнозу, що є провідним при визначенні показань і методу оперативного втручання.

У гострому періоді ТАТ при виборі хірургічної тактики важливим є визначення домінуючого, конкуруючого

і супутніх пошкоджень. У першу чергу виконували операції та маніпуляції, спрямовані на усунення розладів дихання і кровообігу, зупинку кровотечі. Обсяг операції визначали на основі даних клінічних та додаткових методів дослідження, оцінки тяжкості і прогнозування наслідків травми, даних інтраопераційної знахідки.

З метою боротьби з гіповолемічним та больовим шоком, для корекції метаболічних порушень (енергетичні, водно-електролітні, кислотно-відновні) та профілактики кардіореспіраторних ускладнень, для покращення безпосередніх результатів лікування застосовуємо у комплексній терапії Гекодез - препарат гідроксіетилкорохмалу з плазмозамінною, протишоковою дією, який збільшує об'єм циркулюючої крові, корегує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск, сприяє адекватній гемодилуції та гіперосмолярний комбінований препарат Сорбілакт і комплексний інфузійний препарат Реосорбілакт, які володіють протишовковими, реологічними, дезінтоксикаційними властивостями, стимулюють перистальтику кишечника, нейтралізують метаболічний ацидоз.

Для поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ТАТ, для профілактики і лікування гнійно-септичних ускладнень При визначенні важкості стану пацієнта за шкалою APACH I-II менше 13 балів застосовували фторхінолони (Лефлоцин (Левовофлоксацин) 500 мг 2 рази, Моксифлоксацин 400 мг 1 раз, Пефлоксацин 0,4 г 2 рази на добу), або цефалоспорини (цефтриаксон (Альцизон) по 2 г, Цефоперазол + Сульбактам (Файтобакт) по 2,0 г), комбінуючи їх з введенням орнідозола (орнігіл) по 100,0 3 рази на добу. При стані пацієнта за шкалою APACH I-II більше 13 балів призначали карбопенемі (Меропенем 500 мг, або Іміпенем + циластатин 500 мг/500 мг 4 рази на добу; Цефепім (Цефікад) 1,0 г - бета-лактамний цефалоспориновий антибіотик IV покоління + Орнігіл 0,5 % 100,0 2 рази на добу). Препарати вводили в/в крапельно протягом 7 діб.

Для санації черевної порожнини та зони операційної рани під час операцій ми застосовували Декасан - 0,02% розчин декаметоксина - антисептичний препарат, похідне бічетвертичних амонієвих сполук, який концентрується на цитоплазматичній мембрані мікробних клітин, сполучається з фосфатидними групами ліпідів мембрани, підвищуючи проникність цитоплазматичної мембрани мікроорганізмів.

Крім того, у комплексному патогенетичному лікуванні хворих з ТАТ застосовано октрестатин (октреатид) - синтетичний октапептид по 100 мкг 3 рази підшкірно на добу на протязі 7 днів, особливо при ураженні паренхіматозних органів (підшлункова залоза), важливими аспектами терапевтичної дії якого можна вважати виражену цитопротекторну дію, блокаду продукції медіаторів запалення, зменшення мезентеріального й порталного кровотоку, інгібуючий вплив на гладку мускулатуру шлунку.

Результати. Обговорення

Проведено хірургічне втручання на органах грудної клітки, органах черевної порожнини і заочеревинного простору у 115 пацієнтів із ТАТ. У потерпілих виконані послідовні операції за ознаками домінуючої травми. У 25(21,7%) потерпілих домінуючою була травма органів грудної порожнини. При цьому за показаннями виконувалась пункція, дренажування плевральної порожнини, таракотомія з усуненням наявних пошкоджень, а потім лапаротомія. У 90(78,3%) потерпілих маніфестуючою була катастрофа у черевній порожнині. У них оперативне втручання починали з лапаротомії, а потім виконували пункцію, дренажування плевральної порожнини, таракотомію за показаннями.

У 14(12,2%) потерпілих виявлені однакові за тяжкістю життєво небезпечні пошкодження органів грудної та черевної порожнин: численні пошкодження, велика кількість крові в серозних порожнинах (гемоторакс, гемоперикард, гемоперитонеум).

Потерпілих з ознаками гострої дихальної недостатності (ГДН) і триваючою кровотечею, що загрожувала життю, оперували у невідкладному порядку поряд з проведенням протишокової терапії; решту - після проведення короткочасної передопераційної підготовки. В такій ситуації за інших однакових умов починали втручання із здійснення таракотомії.

Основним показанням до першочергового здійснення лапаротомії була внутрішня кровотеча та наявність проникаючого в черевну порожнину поранення. Основну увагу приділяли зупинці кровотечі та зашиванню ушкоджених органів.

Ускладнення виникли у 17 (14,8%) оперованих із ТАТ: посттравматична пневмонія - у 7 хворих, емпієма

плеври - у 2, прогресуючий перитоніт - у 5, нагноєння операційної рани - у 3.

Померли в перші години до операції та в ранньому післяопераційному періоді 8(6,9%) потерпілих. Основними причинами смерті були: шок - у 2 випадках, масивна кровотеча - у 3, гостра дихальна недостатність - у 3. У пізні строки основною причиною смерті 4 потерпілих були гнійно-септичні ускладнення.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Хірургічне втручання у потерпілих з поєднаною ТАТ слід виконувати поряд із здійсненням протишокових заходів, а за наявності кровотечі воно складає їх основу.

2. При визначенні хірургічної тактики треба виділяти домінуюче, конкуруюче та супутнє пошкодження. Визначення обсягу операції повинно ґрунтуватися на даних клінічних, додаткових методів дослідження та оцінці тяжкості хворого. Застосування простих інструментальних методів дослідження, зокрема, рентгенологічного, лапароцентезу, плевральної пункції, діагностичної лапаро- та торакоскопії дає можливість встановити правильний діагноз і уникнути помилок у вигляді необґрунтованих лапаро- і торакотомій.

3. Основними обставинами, що ускладнюють перебіг ТАТ і основними причинами смерті потерпілих з ТАТ є шок, кровотеча, гостра дихальна недостатність та перитоніт.

Перспективою подальших розробок буде поглиблене вдосконалення алгоритму діагностично-лікувального напрямку у постраждалих з торако-абдомінальною травмою.

Список літератури

Миниинвазивные операции в лечении больных с закрытой травмой живота при повреждении печени /Ю.В. Грубник, И.В.Московченко, А.В.Плотников, В.А.Фоменко //Український журнал хірургії. - 2011. - № 4(13). - С. 121-124.

Огнестрельные поражения легких / В.В.Бойко, В.В.Макаров, А.В.Токарев [и др.] //Український журнал хірургії. - 2011. - №2(11). - С. 200-203.

Пеев С.Б. Обоснование применения малоинвазивных технологий при изо-

лированной травме желудочно-кишечного тракта /С.Б.Пеев, В.В.Бойко, П.Н.Замятин //Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2011. - Т.11, Вип. 1(33). - С. 238-240.

Покидько М.І. Організація надання хірургічної допомоги при вогнепальних пораненнях органів черевної порожнини з використанням ендовідеохірургії у мирний час / М.І.Покидько, А.В.Верба, К.В.Гуменик //IV міжнародні Пироговські читання: матеріали наукового кон-

гресу, XXII з'їзд хірургів України, (Вінниця, 2-5 червня 2010 р.). - Вінниця, 2010. - Т.2. - С. 95-96.

Травматические повреждения двенадцатиперстной кишки /И.А.Криворучко, С.Н.Тесленко, А.В.Сивожелезов [и др.] //Український журнал хірургії. - 2011. - №3(12). - С. 41-46.

Хирургия травматических повреждений костного каркаса груди /Я.Г.Колкин, В.В.Хацко, А.М.Дудин, Д.В.Вегнер //Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2011. - Т.11, Вип. 1(33). - С. 227-229.

Мищенко В.В., Грубник В.В., Горячий В.В.

ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНА ТРАВМА В ПРАКТИКЕ УРГЕНТНОГО ХИРУРГА - ОПТИМІЗАЦІЯ АЛГОРИТМУ НАДАННЯ ДОПОМОГИ

Резюме. Проведен анализ хирургического лечения 115 с ТАТ. Повреждения паренхиматозных органов выявлено у 61(53,0%) больных: печени - у 25(21,7%), селезенки - у 31(27,0%), поджелудочной железы - у 3(2,6%), почек - у 2(1,7%). Повреждения полых органов наблюдали у 54(47,0%) больных: повреждение тонкого кишечника - у 14(12,2%), толстого - у 11(9,6%), брыжейки кишечника - у 21(18,3%), двенадцатиперстной кишки - у 5(4,3%), желудка - у 3(2,6%). Ушиб грудной клетки выявлен у 56(48,7%) пострадавших, перелом ребер - у 40(34,8%), повреждения легких - у 15(13,0%), разрыв диафрагмы - у 4(3,8%). Пневмоторакс диагностировано в 18(30,5%) случаях, гемоторакс - в 16 (27,1%), гемопневмоторакс - у 14(23,7%). У 25(21,7%) пострадавших доминирующей была травма органов грудной полости, у 90(78,3%) - брюшной полости. Количество больных с открытыми повреждениями органов брюшной полости составило 31(26,9%), а с откры-

тими повредженнями грудної клітки - 19(16,5%) випадків. Осложнення виникли в 17(14,8%) прооперованих. Умерли 8(6,9%) постраждалих.

Ключевые слова: торако-абдоминальна травма, діагностика, лікування.

Mishchenko V.V., Grubnik V.V., Gorychiy V.V.

TORACO-ABDOMINAL TRAUMA IN PRACTICE OF THE URGANCE SURGEON

Summary. The analysis of surgical medical treatment is conducted 115 with TAT. 61(53,0%) patients are revealed the damage parenchimatose organs: liver - 25(21,7%), spleen - 31(27,0%), gland pancreatic - 3(2,6%), kidney - 2(1,7%). The damage cavity organs are observed at 54(47,0%) patients: damage of thin intestine at 14(12,2%), thick intestine - at 11(9,6%), mesenteric intestine - at 21(18,3%), duodenum - at 5(4,3%), gaster - at 3(2,6%). The contusion thorax is exposed at 56(48,7%) of the victim, break of ribs - at 40(34,8%), damage of the lungs - at the 15(13,0%), rupture of the diaphragm - at 4(3,8%). The pneumonie is diagnosed in 18(30,5%) cases, hemotorax - in 16(27,1%), hemopneumotorax - in 14(23,7%). There was dominant the trauma of organs of pectoral cavity at 25(21,7%) of the victims, in 90(78,3%) - abdominal region. Complications arose up in 17(14,8%) cases. The postintervention mortality made 6,9%.

Key words: toraco-abdominal trauma, diagnostic, treatment.

Стаття надійшла до друку 23.11.2013 р.

Міщенко Василь Васильович - д.мед.н., проф. кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету; +38 067 749-67-58; mischenko_vasil@i.ua

Грубник Володимир Володимирович - д.мед.н., проф., завідувач кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету

Горячий Володимир Володимирович - к.мед.н., доцент кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету

© Бабій І.В.

УДК: 616.34-007.43-089.85

Бабій І.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, факультет післядипломної освіти, кафедра хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Хмельницька обласна лікарня (вул. Пілотська, 1, м. Хмельницький, Україна, 29000)

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ

Резюме. Якість життя вивчена у 201 хворих на пахвинну грижу за допомогою анкети SF-36. Проведено порівняння показників фізичного та психологічного компонентів здоров'я, а також їх стандартизованих складових, у хворих після пластики пахвинного каналу за методом I.L. Lichtenstein та передочеревинною алопластиком. Доведено, що у хворих після хірургічного лікування пахвинної грижі "якість життя" поступово покращується. Стандартизовані показники "якості життя" у пацієнтів після передочеревинної алопластики пахвинного каналу достовірно кращі, ніж після пластики пахвинного каналу за методом I.L.Lichtenstein.

Ключові слова: якість життя, пахвинна грижа, спосіб I.L. Lichtenstein, передочеревинна алопластика, опитувальник SF-36.

Вступ

Пластика пахвинної грижі - найбільш популярна операція, яку виконують хірурги усього світу. Пахвинна грижа становить 70 - 80% у структурі всіх гриж черевної стінки [Марієв, 1998, Тоскін, 1983]. Розроблено більше 400 способів пластики пахвинної грижі, але, незважаючи на це, частота рецидивів після стандартної герніопластики з приводу пахвинної грижі становить 10% при первинній і майже 30% - при рецидивних грижах, 3 - 5% - при застосуванні методів герніопластики без натягу тканин і використанні різних синтетичних матеріалів [Бекоев, 2004; Белянський, 2010].

У даний час не можливо повною мірою оцінити переваги або недоліки будь-якого лікувального методу, включаючи оперативне втручання, не вивчивши їх вплив на якість життя (ЯЖ). У тих випадках, коли нові операції розробляються для підвищення ЯЖ, вони повинні зіставлятися з класичними хірургічними підходами, так як оцінка ЯЖ після операції є основним кри-

терієм її ефективності. Тому ЯЖ набуває значення одного з основних критеріїв успішного лікування.

Мета - оцінити і порівняти показники якості життя у хворих на пахвинну грижу (ПГ), прооперованих за методикою I.L.Lichtenstein і передочеревинною алопластиком.

Матеріали та методи

Нами досліджено 201 хворих на ПГ віком 19 - 87 (59,05±12,88) років. Серед пацієнтів переважали чоловіки (93,04%). За характером операції виділена основна група (104 хворих), яких прооперовано з використанням передочеревинної алопластики пахвинного каналу, та група порівняння (97 хворих), яких прооперовано з використанням методики I.L.Lichtenstein. Оцінку ЯЖ проведено за допомогою опитувальника "SF-36 HealthStatusSurvey" [Ware, Kosinski, 1993; Ware, Snow, 1994]. Пацієнти у присутності лікаря заповнюва-