

## ЛІТЕРАТУРА

1. Болотников А. И., Розанов В. Е., Бондаренко А. В. Хирургическая тактика при осложнениях тяжелой сочетанной травмы. Современные технологии диагностики и лечения раненых и больных в поликлинике и стационаре // Тез. докл. 2-й науч.-практ. конф. 574-го Воен. клин. госпиталя, 20 мая 1999 г. — М., 1999. — С. 58-59.
2. Григорян Г. О., Панченко Е. В. Рентгенологическая диагностика причин острой дыхательной недо-

статочности при закрытых травмах грудной клетки // Харків. хірург. школа. — 2003. — № 1 (6). — С. 101-104.

3. Розанов В. Е. Хирургическая тактика при синдроме нестабильности костного каркаса грудной клетки у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Современные технологии диагностики и лечения раненых и больных в поликлинике и стационаре // Тез. докл. 2-й науч.-практ. конф. 574-го Воен. клин. госпиталя, 20 мая 1999 г. — М., 1999. — С. 52-53.

4. Флорикян А. К., Григорьян Г. О., Флорикян Р. А. Ошибки, опасности и осложнения трансторакального дренирования плевральной полости при травме // Харків. хірург. школа. — 2002. — № 1 (2). — С. 63-68.

5. А. с. №1521492. Устройство Шарипова И. А. для дренирования плевральной полости. — Бюл. № 42, 1989. — С. 21.

6. Патент № 213247, RU, А61М27/00. Устройство для дренирования плевральной полости, 20.06.1998.

УДК 617.542-001-089+617.55-001-089

Б. С. Запороженко, В. В. Міщенко, В. І. Шишлов,  
І. Є. Бородаєв, В. М. Качанов

## ДІАГНОСТИКА І ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПРИ ЗАКРИТІЙ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ

Одеський державний медичний університет,  
Одеський обласний медичний центр

### Вступ

Проблеми діагностики та лікування при закритій торакоабдомінальній травмі (ЗТАТ) актуальні. Частота цих травм становить 17,6–30 % від кількості усіх механічних ушкоджень [1; 2]. У 14,6–60,2 % потерпілих з поєднаною травмою при ЗТАТ летальність становить 27–47,6 % [3; 4]. Головною причиною смерті при поєднаних травмах є шок (51,4 %) і кровотеча (13,8 %). У 91 % випадків ушкодження органів черевної і грудної порожнин спостерігається при дорожньо-транспортних пригодах (ДТП) і внаслідок падіння з висоти [5; 6]. При цьому ушкоджуються органи черевної порожнини (селезінка, печінка, брижа тонкої і товстої кишок, розриви кишкового простору, грудної клітки (ребра, легені, органи середостіння).

Клінічна семіотика не завжди забезпечує вірогідну діагностику ЗТАТ. Застосування променевих (рентгенологічних і ультразвукових) методів дослі-

дження не виключає помилок, пов'язаних з гіпер- або гіподіагностикою. Особливо це характерно при травмах органів черевної порожнини. Лапароцентез зі встановленням «пошукового» катетера часто не відповідає на поставлені питання, а лапаротомія у 30 % спостережень має діагностичний характер і є додатковою операційною травмою, яка обтяжує стан пацієнта і погіршує прогноз лікування [3; 6].

Відсутність патогномічних клінічних ознак ЗТАТ утруднює її ранню діагностику, що зумовлює збільшення тривалості до операційного періоду, впливає на подальшу хірургічну тактику, вибір методу лікування [4].

Висока частота ускладнень і летальних випадків спонукають хірургів до пошуку більш досконалих діагностично-лікувальних методів у даній категорії хворих [4].

Мета нашої роботи — на основі аналізу результатів лікування ЗТАТ розробити лікувально-діагностичний алгоритм при даній патології.

### Матеріали та методи дослідження

За 1990–2004 рр. у клініці факультетської хірургії перебували на лікуванні 345 потерпілих із ЗТАТ. Вік хворих від 16 до 83 років. Чоловіків було 290 (73,6 %), жінок — 91 (26,4 %); 80,4 % потерпілих були працездатного віку (20–60 років). У стані алкогольного сп'яніння доставлено 38,2 % хворих. У 34,1 % потерпілих ушкодження трапилося внаслідок ДТП, у 31,8 % — падіння з висоти, у 34,1 % — побутової травми.

У термін до 30 хв після травми надійшли 15,4 % хворих, від 30 хв до 1 год — 80,5 %, від 1 год і більше — 4,1 %.

У 30,1 % потерпілих загальний стан був задовільним, у 30,1 % — середнього ступеня тяжкості, у 37,4 % — тяжким, у 2,4 % — термінальним.

Шоковий стан відмічено у 67,5 % хворих: 1–2-го ступеня — у 27,6 %, 3–4-го — у 39,8 %. Причиною виникнення шоку у 16,9 % хворих була травма, у 19,3 % — крововтрата, у 63,8 %



— поєднання травми і крововтрати. Найявністю шоку не є протипоказанням до здійснення реанімаційного оперативного втручання (припинення кровотечі, усунення напруженого пневмотораксу). Операція на фоні інтенсивної терапії є важливим протишоковим заходом.

У 231 (66,9 %) хворих ЗТАТ була поєднана з іншими видами травми. Ушкодження паренхіматозних органів виявлено у 92 (26,6 %) потерпілих: печінки — у 46, селезінки — у 32, підшлункової залози — у 8, нирок — у 6. Ушкодження порожнистих органів спостерігали у 73 хворих: тонкої кишки — у 26, товстої — у 18, брижі кишечника — у 21, дванадцятипалої кишки — у 6, шлунка — у 2. У 27,7 % хворих відзначено численні ушкодження органів черевної порожнини. Поєднання ушкоджень кількох органів черевної порожнини і заочеревинного простору виявлено у 11,4 % хворих.

Із загальної кількості ЗТАТ забій грудної клітки без ушкоджень ребер й органів грудної порожнини виявлено у 148 (42,9 %) хворих. Перелом ребер трапився у 61 (17,7 %) хворого, у 53 (15,4 %) — кілька переломів. Розрив легень виявлено у 26 (7,5 %) потерпілих, у 8 (0,4 %) — розрив діафрагми. Ушкодження ребер і органів грудної порожнини ускладнилося пневмотораксом у 29 (30,5 %) хворих, гемотораксом — у 25 (26,3 %), гемопневмотораксом — у 27 (28,4 %).

У 33,1 % хворих із ЗТАТ відмічено кровотечу в черевну порожнину. Об'єм крововтрати становив від 300 до 3000 мл; 20 хворим проведено реінфузію крові.

Комплекс обстеження потерпілих включав клінічні, лабораторні, рентгенологічні та інструментальні методи дослідження. Ступінь тяжкості ушкодження оцінювали за шкалою PTS (H. J. Oestern et al., 1983).

При стабільному стані потерпілих застосовували весь

комплекс діагностичних досліджень, у тому числі рентгенологічне, рентгенокомп'ютерне, ендоскопічне та ультразвукове дослідження.

Потерпілих із травматичним шоком, кровотечею доставляли в палату інтенсивної терапії або операційну. Проводили рентгенологічне дослідження, виконували лапароцентез і катетеризацію сечового міхура. За неможливості проведення рентгенологічного дослідження здійснювали плевральну пункцію. Для визначення характеру ушкодження легень, міжреберних судин проводили торакаоскопію.

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 ЗТАТ при виборі хірургічної тактики важливим є визначення домінуючого, конкуруючого і супровідних ушкоджень. У першу чергу виконували операції та маніпуляції, спрямовані на усунення розладів дихання і кровообігу, припинення кровотечі. Обсяг операції визначали на основі даних клінічних та додаткових методів дослідження, оцінки тяжкості та прогнозування наслідків травми.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Хірургічне втручання на органах грудної клітки виконано у 112 хворих, на органах черевної порожнини і заочеревинного простору — у 168 потерпілих із ЗТАТ. У 112 (40,0 %) осіб проведено послідовні операції. Пункцію, дренажування плевральної порожнини і лапаротомію здійснено у 98 хворих, лапаротомію та торакотомію — у 14.

Потерпілим з ознаками гострої дихальної недостатності і триваючою кровотечею, що загрожувала життю, виконували невідкладні втручання з

проведенням протишокової терапії; решту оперували після короткочасної передопераційної підготовки.

Лікування потерпілих із ЗТАТ починали з пункції і дренажування плевральної порожнини, потім виконували лапаротомію, якщо переважали ознаки ушкодження органів черевної порожнини. У 24 (21,4 %) хворих домінуючою була травма органів грудної порожнини, у 88 (78,6 %) — черевної.

Невідкладну торакотомію виконано у 14 потерпілих: переважно міжреберної артерії — у 4, зашивання паренхіми легень — у 9.

У 14 хворих виявлено однакові за тяжкістю життєво небезпечні ушкодження органів грудної та черевної порожнини: численні ушкодження, велика кількість крові в серозних порожнинах (гемоторакс, гемоперикард, гемоперитонеум).

У такій ситуації за інших однакових умов починали втручання зі здійснення торакотомії.

Головним показанням до першочергового здійснення лапаротомії була внутрішня кровотеча. Лапаротомію виконано у 168 (48,7 %) хворих від загального числа потерпілих із ЗТАТ. Основну увагу приділяли припиненню кровотечі та зашиванню ушкоджених органів.

Ускладнення виникли у 17 (4,9 %) потерпілих із ЗТАТ: посттравматична пневмонія — у 12 хворих, емпієма плеври — у 2, нагноєння операційної рани — у 3.

Померли в перші години до операції та в ранньому післяопераційному періоді 8 (2,3 %) потерпілих. Головними причинами смерті були: шок — у 2 хворих, масивна кровотеча — у 3, гостра дихальна недостатність — у 3. У пізні терміни головною причиною смерті 4 потерпілих були гнійно-септичні ускладнення.

З метою поліпшення найближчих та віддалених результатів хірургічного лікуван-



ня хворих із ЗТАТ, зниження частоти гнійно-септичних ускладнень нами проводилася профілактика інфекційних ускладнень і лікування перитоніту амоксиклавом: одну дозу 1,2 г вводили під час індукції в анестезію, а потім додатково 4 дози по 1,2 г протягом доби. За наявності ознак перитоніту або виникнення клінічних проявів інфекції амоксиклав вводили по 1,2 г тричі на добу протягом 10 днів.

### Висновки

Хірургічне втручання у потерпілих з поєднаною ЗТАТ слід виконувати разом зі здійсненням протишокових заходів, а за наявності кровотечі воно є їх основою.

При визначенні хірургічної

тактики слід виділяти домінуюче, конкуруюче та супровідне ушкодження. Визначення обсягу операції має ґрунтуватися на даних клінічних, додаткових методів дослідження та оцінці тяжкості стану хворого.

Застосування простих інструментальних методів дослідження, зокрема, рентгенологічного, лапароцентезу, плевральної пункції, діагностичної лапаро- та торакоскопії дає можливість встановити правильний діагноз й уникнути помилок, зокрема необґрунтованих лапаро- і торакотомій.

Головними обставинами, що ускладнюють перебіг ЗТАТ, і причинами смерті потерпілих із ЗТАТ є шок, кровотеча, гостра дихальна недостатність і перитоніт.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бечик С. Л. Клинико-патогенетические особенности закрытой сочетанной травмы груди: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1985. — 19 с.
2. Гринев М. В., Цыбин Ю. Н., Опушнев В. А. Травматическая болезнь и полиорганная недостаточность // Актуальные проблемы множественных и сочетанных травм: Тез. докл. науч. конф. — СПб., 1992. — С. 6.
3. Брунс В. А., Урман Н. Г., Срибных С. И. Хирургическая тактика при сочетанных травмах груди и живота // Сочетанная травма груди: Сб. науч. тр. НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. — М., 1984. — С. 130-133.
4. Цыбуляк Г. Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. — СПб.: Гиппократ, 1995. — 428 с.
5. Вагнер Е. А. Хирургия повреждений груди. — М.: Медицина, 1981. — 285 с.
6. Сайдаковский Ю. Я., Яцкевич Я. Е., Лабай Е. Н. Диагностика и тактика при сочетанной травме // Хирургия. — 1994. — № 12. — С. 38-42.

УДК 616.411-001-036.17-089

В. М. Короткий, І. В. Колосович, Ю. А. Литвинюк,  
О. В. Шкуротян, П. В. Степанов

## ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ТЯЖКИХ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ СЕЛЕЗІНКИ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

Травматичні ушкодження селезінки (ТУС) становлять близько 25 % серед усіх закритих травм органів черевної порожнини і трапляються в усіх вікових групах, однак пік захворюваності припадає на підлітковий вік і середню вікову групу (15–35 років) [1]. За класифікацією, запропонованою американською асоціацією хірургічної травми (1994), ТУС можна поділити на п'ять ступенів:

I — субкапсулярна гематома, яка займає < 10 % площі поверхні органа, капсулярний розрив глибиною < 1 см;

II — субкапсулярна гематома 10–50 % площі поверхні селезінки, капсулярний розрив глибиною 1–3 см без ушкодження трабекулярних судин, внутрішньопаренхіматозна гематома < 2 см у діаметрі;

III — субкапсулярна гематома > 50 % площі поверхні селезінки або збільшення її розмірів, капсулярний розрив глибиною > 3 см або з ушкодженням трабекулярних судин, внутрішньопаренхіматозна гематома > 2 см у діаметрі або збільшення її розмірів;

IV — розрив, при якому ушкоджуються сегментарні судини або судини воріт з деваскуляризацією < 25% селезінки;

V — повне руйнування селезінки або ушкодження з повною деваскуляризацією.

Проблема лікування тяжких ТУС залишається актуальною внаслідок високого рівня летальності (до 40 %), інвалідності хворих і значної частоти гнійно-септичних ускладнень [2]. Роль селезінки для організму багатопланова — це ге-

матологічна функція (видалення старіючих та ушкоджених еритроцитів, елімінація патологічних клітин, регулювальний вплив на ретикулоцити), імунологічна функція (імунний кліренс, регуляція та нагляд), участь у процесах гемостазу, гормональній регуляції тощо. Селезінка є найбільшим лімфоїдним органом, вона добре васкуляризується (за добу через неї проходить близько 350 л крові) [3].

Після спленектомії в організмі людини може виникнути комплекс тяжких розладів, пов'язаний з порушеннями з боку імунної системи. Він дістав назву постспленектомічного синдрому (ПСС) або постспленектомічного гіпоспленізму [4]. Ранніми проявами ПСС є підвищений ризик розвитку тром-

