

коли хірург не в змозі виконати складну анатомічну резекцію селезінки. Крім того, ортотопічне розташування залишених ділянок паренхіми селезінки зі збереженням їх кровопостачання створює важливу передумову для подальшої регенерації органа.

Таким чином, запропонований спосіб субтотальної резекції селезінки є ефективним методом хірургічного лікування ТУС IV–V ступеня (великі ушкодження органа). Він дозволяє покращити результати лікуван-

ня шляхом зниження частоти розвитку ПСС, у тому числі гнійно-септичних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Klepac S., Samett E. Spleen, Trauma // J. University of Illinois School of Medicine. — 2002. — N 2. — P. 1-2.
2. Huebner S., Reed M. N. Analysis of the value of imaging as part of the follow-up of splenic injury in children // *Pediatr. Radiol.* — 2001. — Vol. 31, N 3. — P. 525-528.
3. Григорьев Е. Г., Апарцин К. А., Бельх Г. К. Хирургия поврежденных селезенки. — Иркутск, 1996. — 126 с.
4. Gaunt W. T., McCarthy M. C., Lambert C. S. Traditional criteria for

observation of splenic trauma should be challenged // *Am. J. Surg.* — 1999. — Vol. 65, N 7. — P. 689-691.

5. *Elective partial splenectomy in childhood* / C. Kimber, L. Spitz, D. Drake et al. // *J. pediatr. Surg.* — 1998. — Vol. 33, N 6. — P. 826-829.

6. Resende V., Petroianu A. Subtotal splenectomy for treatment of severe splenic injuries // *J. Trauma.* — 1999. — Vol. 44, N 5. — P. 933-935.

7. Усольцев Ю. К. Атипичная резекция селезенки: Дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 1998. — 135 с.

8. Апарцин К. А., Григорьев Е. Г., Панасюк А. И. Осложнения ауто-трансплантации ткани селезенки // *Сиб. мед. журнал.* — 1999. — № 1. — С. 10-13.

УДК 617.55-001:616.34]-08

Ю. П. Костіков, Д. В. Сафронов,
О. В. Білецький, Г. Р. Гільборг

ПРОФІЛАКТИКА КИШКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ У КЛІНІЦІ ПОЛІТРАВМИ

Харківська міська клінічна лікарня швидкої
та невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанінова

Вступ

Порушення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є однією з найважливіших проблем абдомінальної хірургії. Патологічний субстрат черевної порожнини, операційна травма, поліорганні порушення пов'язані з основним захворюванням, посередньо та безпосередньо впливають на ШКТ, спричинюючи патологічні зміни, які посідають одне з важливих місць у патогенезі захворювання в цілому [1].

Волемічні порушення, диселектролітемія, анемія, гіпротеїнемія, напруження в черевній порожнині, що призводить до гострої дихальної недостатності, синдром ендогенної інтоксикації — ось далеко не повний перелік пато-

фізіологічних факторів, що впливають із кишкової недостатності і в подальшому ведуть до пролонгації катаболічної фази захворювання і можуть призвести до його ускладненого перебігу [2].

Ця проблема посідає одне з провідних місць у клініці політравми і безумовно є життєво важливою у хворих з травматичною хворобою, які мають ушкодження кількох органів і систем.

Шок у гострому періоді політравми, що призводить до симпатикотонії, вісцеральна патологічна аферентація з боку органів черевної порожнини, больовий синдром, безпосередні особливості ушкодження органів — у комплексі спричинюють серйозні порушення моторно-евакуаторної функції ШКТ [3].

У лікуванні кишкової недостатності традиційно використовують комплекс лікувальних заходів: у шоківому періоді політравми — це адекватне протезування життєво важливих функцій; корекція волемічних порушень з урахуванням їх ступеня; антиноцицептивний захист; максимально адекватна діагностика; якісна хірургічна корекція. У подальшому на фоні комплексної інтенсивної терапії, направленої на корекцію патогенетичних механізмів розвитку захворювання, використовується низка заходів, спрямованих на покращання моторно-евакуаторної функції ШКТ, а саме: антихолінестеразні препарати, протиблювальні засоби, гіпертонічний розчин натрію хлориду, фізіотерапія (електростимулювання кишеч-



нику), допоміжні процедури [4].

Часто цей комплекс процедур дає результат, але практично завжди призводить до поліпрагмазії, деякі заходи протипоказані при окремих ушкодженнях, деякі з них можуть призвести до ускладненого перебігу хвороби. Нормалізація моторно-евакуаторної функції ШКТ має, як правило, важкий характер, пізно починається ентеральне харчування. Іноді бажаного ефекту досягти не вдається. В цьому разі виникає необхідність у релапаротомії з метою декомпресії кишків шляхом інтубації ШКТ.

Кишкова недостатність у клініці політравми потребує подальшого науково-практичного вивчення з метою розробки, впровадження методів, схем її корекції у клінічну практику. В деяких випадках при абдомінальній хірургічній патології використовується епідуральна блокада як компонент анестезії або як пролонгована блокада з метою корекції больового синдрому, нормалізації моторики ШКТ.

На нашу думку, це найбільш адекватний метод, що дозволяє виключити як патологічну аферентацію, так і еферентні патологічні впливи на ШКТ. При цьому вдається в максимально стислий термін виключити порушення моторно-евакуаторної функції кишкового тракту, а при використанні цього методу у максимально ранньому періоді і не допустити розвитку вираженої кишкової недостатності [5].

Мета нашої роботи — впровадження максимально більш раннього використання пролонгованих епідуральних блокад у клініці політравми з метою профілактики розвитку кишкової недостатності.

Відношення релапаротомій до загальної кількості лапаротомій, виконаних у відділенні політравми Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної допомоги, %

Метод лікування	Роки			
	1998	2000	2002	2003
Лапаротомія, абс.	153	149	185	195
Релапаротомія, абс.	10	10	4	3
%	6,5	6,9	2,1	1,5
Релапаротомія при шлунково-кишкової недостатності, абс.	7	6	2	1
кількість релапаротомій, %	70	60	50	33,3

Матеріали та методи дослідження

З урахуванням характеру поєднаності ушкоджень, особливостей абдомінальної травми, ступеня тяжкості стану — вже на операційному столі, в першу, другу добу після госпіталізації виконувалася катетеризація епідурального простору на рівні Th7–Th12 (з урахуванням сегментарної іннервації для більш точного визначення дози місцевого анестетика). У подальшому в епідуральний простір вводили розчини місцевих анестетиків, а саме 1–2%-й лідокаїн або 0,25–0,5%-й бупівакаїн з розрахунку 1–2 мл на сегмент; у першому випадку до 6 разів на добу, у другому — 2–3 рази на добу.

Результати дослідження та їх обговорення

Завдяки комплексному підходу до лікування хворих, індивідуальному визначенню дози місцевого анестетика, ускладнень, пов'язаних із пролонгованою епідуральною блокадою, не зареєстровано. Навпаки, у потерпілих, які отримували лікування з використанням даної методики, не було ознак тяжкої кишкової недостатності; швидко відновлювалася моторно-евакуаторна функція ШКТ, що давало можливість уникнути поліпраг-

мазії, у максимально ранні терміни почати ентеральне харчування, уникнути ускладнень у перебігу хвороби; зменшити термін перебування у палаті інтенсивної терапії, у стаціонарі загалом. Значно зменшився відсоток кишкової недостатності, а отже і активної хірургічної тактики, а саме релапаротомії. Про це свідчить подана нами статистика (таблиця).

ЛІТЕРАТУРА

1. Ферранте Ф. М., Вейнд Бонкор Т. Р. Послеоперационная боль. — М.: Медицина, 1998. — 203 с.
2. Морган Дж. Э., Мэзид С. М. Клиническая анестезиология. — М.: Бинном, 1998. — 415 с.
3. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова / Под ред. проф. А. Е. Зайцева, проф. В. В. Никонова. — Харків: Основа, 2003. — 257 с.
4. Гальперин Ю. М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника. — М.: Медицина, 1975. — 187 с.
5. Хижняк А. А., Фесенко У. А., Фесенко В. С. Епідуральна анестезія. — Харків, 2003. — 184 с.

