

ПОЛІТРАВМА МИРНОГО ЧАСУ: ХАРАКТЕР, ТАКТИЧНІ І ДІАГНОСТИЧНІ ПОМИЛКИ ПРИ НАДАННІ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Рання діагностика ушкоджень у потерпілих з політравмою — актуальна проблема сучасної хірургії [1–3]. Застосування клінічних, лабораторно-біохімічних і інструментальних досліджень (рентгенологічне, УЗД, КТ) не завжди допомагає вчасно встановити діагноз і вибрати правильну тактику лікування. Потерпілі з політравмою надходять, як правило, не до обласної лікарні, де є відділення торакальної хірургії, нейрохірургії, ангіохірургії абдомінальної, гнійно-септичної хірургії, урології тощо і чергують лікарі, що пройшли спеціальну підготовку, а до міських і районних лікарень, де чергує хірург загального профілю.

Метою нашої роботи є поліпшення надання допомоги потерпілим від політравми.

Для досягнення поставленої мети: проведено аналіз характеру політравм мирного часу і вивчено характер помилок у діагностиці і тактику надання допомоги потерпілим.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведено аналіз 162 історій хвороби потерпілих, що лікувалися в хірургічному відділенні МКЛ № 1 м. Одеси протягом останніх 12 років. Лікарня є багатoproфільною, в ній функціонують такі відділення: загальної хірургії (60 ліжок), гнійно-септичної хірургії (40 ліжок), реанімації (15 ліжок), травматології (60 ліжок), нейротравматології (60 ліжок), гінекології (120 ліжок), ЛОР (40 ліжок), нейросудинної патології (60 ліжок), кардіології (40 лі-

жок), ендокринології (60 ліжок), терапії (50 ліжок). Ургентну допомогу з хірургії надають хірурги загального профілю.

Результати дослідження та їх обговорення

У 1992–2001 рр. до хірургічного відділення МКЛ № 1 госпіталізовано 14 153 хворих (із них потерпілих з політравмою 0,78 %, n=110), а в 2002–2003 рр. — 2874 хворих (потерпілих з політравмою — 1,81 %, n=52). За період 1992–2001 рр. співвідношення усіх хворих і потерпілих з політравмою становило 128,7:1, а за період 2002–2003 рр. — 55,3:1. Як видно з наведених цифр, питома вага потерпілих з політравмою серед хірургічних хворих збільшилася на 1,03 %, що відповідає даним літератури [4].

Протягом перших 2 год з моменту одержання травми доставлено 73,5 % (n=119) потерпілих, через 2–6 год — 8,6 % (n=14), більше 6 год — 17,9 % (n=29).

Співвідношення потерпілих із закритою і відкритою травмами змінилося. Так, якщо до січня 2002 р. воно становило 1,97:1, то за період «січень 2002 — січень 2004» зросло до 6,43:1, і у цілому за 12 років дорівнює 3,77:1.

У мирний час, за нашими даними, у потерпілих з політравмою переважають закриті ушкодження — 79 % (n=128). До січня 2002 р. їх кількість дорівнювала 66,5 % (n=73), а після — 90,4 % (n=45). Це свідчить про ріст кількості потерпілих навіть за останні 2 роки.

При тупій травмі ушкодження органів грудної клітки відзна-

чалось в 94,15 % (n=111) потерпілих. У 73 хворих воно супроводжувалося черепно-мозковою травмою, у 31 — ушкодженням органів сечостатевої системи, у 22 — ушкодженням органів черевної порожнини, у 17 — переломами кісток таза.

Відкриті ушкодження (ножові та вогнепальні) органів грудної і черевної порожнини відзначалися в усіх випадках відкритої травми (n=44). У 1 потерпілого вони супроводжувалися ушкодженням заочеревинного простору, у 4 — ушкодженням черепа, в одному випадку, крім ушкодження черепа, органів черевної і грудної порожнини, — пораненням нирки.

У клініці під час надання допомоги потерпілим з політравмою прийнята така тактика: хворих оглядають *ex consilio*, обов'язковим є правило «4 катетерів» — лапароцентез, двобічна плевральна пункція + рентгенографія ОГК (які не виключають одне одного), катетеризація сечового міхура і центральної вени (підключична, стегова). Обов'язковою є рентгеноскопія черева та рентгенографія грудної клітки.

Лапароскопія є інформативним, мініінвазивним, доступним методом, що допомагає поліпшити діагностику, а вірогідність результату дослідження становить 94–99,6 % [5]. Особливо важлива діагностична лапароскопія у хворих, які надійшли у стані алкогольного, наркотичного сп'яніння або без свідомості. На доопераційному етапі виконано 30 діагностичних лапароскопій, що дозволили уникнути невиправданих лапаротомій, а в



2 випадках — виконати діа-термокоагуляцію невеликих розривів печінки. Лапароцентез «блукаючим» катетером, проведений у 92 випадках, дав 5 хибнопозитивних і 2 хибнонегативних результати. Хоча інформативність лапароскопії набагато вище інформативності лапароцентезу, при одночасному надходженні 2–3 і більше потерпілих останній є більш доступним.

Без додаткових досліджень, відразу ж після надходження, 44 хворим виконано лапаротомію, а 11 — торакотомію. Невиправданими виявилися 5 лапаротомій і 2 торакотомії, що зумовлено переоцінкою тяжкості стану потерпілих, які перебували в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. За даними літератури, у 24 % хворих діагностична лапаротомія є невиправданою, що обтяжує їх стан і погіршує прогноз [5].

Через 2–6 год з моменту надходження виконано 2 торакотомії і 10 лапаротомій. У терміни 7–12 год з моменту надходження виконано 3 лапаротомії, 1 торакотомія виконана протягом 13–24 год з моменту надходження. Після 24 год з моменту надходження виконано 7 лапаротомій, обумовлених 2-моментними розривами паренхіматозних органів.

Торакотомії у хворих з пораненнями в проекції серця, які

перебували в край тяжкому стані виконані відразу ж після надходження, навіть якщо не виявлено ушкодження органів грудної клітки, не виправданими не вважалися.

Отже, причинами тактичних помилок були: організаційні порушення — огляд потерпілих спеціалістом одного профілю та *ex consilio* після 12–24 год з моменту надходження; недотримання правила «4 катетерів»; переоцінка тяжкості стану потерпілих при алкогольному або наркотичному сп'янінні; хибнонегативні або хибнопозитивні результати лапароцентезу «блукаючим» катетером, які відмічаються також і в інших лікувальних закладах.

До помилок, припущених при наданні допомоги потерпілим з торакоабдомінальною травмою, варто зарахувати виконання лапаротомії під ЕТН у хворих із «малим пневмотораксом» без попереднього дренажу плевральної порожнини. Це найчастіше призводить до збільшення пневмотораксу і переходу його в «напружений» під час операції (подібні помилки відзначено нами у 4 випадках).

Висновки

1. Потерпілих з політравмою потрібно госпіталізувати до багатопрофільних лікувальних установ, де їм відразу

ж можуть надати спеціалізовану допомогу.

2. Обов'язковим є огляд потерпілого з політравмою *ex consilio* і дотримання правила «4 катетерів».

3. Діагностична лапароскопія, що може перейти в лікувальну, безперечно є методом вибору, однак при масовому надходженні потерпілих виконання лапароцентезу дозволить значно скоротити час доопераційного обстеження.

4. Оскільки травма грудної клітки переважає при політравмі, відповідальний хірург має пройти стажування з торакальної хірургії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Помилки і складності у діагностиці та наданні медичної допомоги потерпілим з закритою торакоабдомінальною травмою на догоспітальному етапі / Н. М. Барамія, М. Г. Антонюк, Я. Л. Заруцький та ін. // Клін. хірургія. — 2003. — № 7. — С. 44–46.

2. *Объективная оценка тяжести травм* / Е. К. Гуманенко, В. В. Бояринцев, Т. Ю. Супрун, П. П. Ляшедько. — СПб.: ВмедА, 1999. — 110 с.

3. *Мусалатов Х. А. Хирургия катастроф.* — М.: Медицина, 1998. — 592 с.

4. *Структура летальности при политравме и перспективы её снижения* / А. Д. Пугачёв, Н. Н. Барамія, Н. Е. Полищук и др. // Клин. хирургия. — 1990. — № 4. — С. 6–7.

5. *Sambiez L. P., Denimal F. A., Potre H. L. Retroperitoneal approach and endoscopic management of peripancreatic necrosis collection* // Arch. Surg. — 1998. — Vol. 133, N 1. — P. 66–72.

УДК 617.55-001-089:616-381-072.1

В. В. Крижанівський

ДІАГНОСТИКА І МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ СЕЛЕЗІНКИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Ушкодження селезінки при травмі живота посідає третє місце після ушкоджень кишечника і печінки і становить від

18,5 до 30,0 % серед усіх органних ушкоджень. Інтраопераційні ушкодження трапляються в 0,5–4,6 % внутрішньоочеревинних операцій, які нерідко потребують виконання спленектомії [1].

У літературі час від часу публікуються роботи, в яких описано методи припинення кровотечі з ушкодженої селезінки зі збереженням органа [2]. Однак припинити кровотечу таки-

