

В. А. Мартинюк, П. П. Шипулін, В. В. Сажієнко,
А. А. Садовнік, І. М. Дмитрів

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

Одеська обласна клінічна лікарня

Вступ

Торакоабдомінальні поранення (ТАП) є однією з найскладніших проблем хірургії травми, що пов'язано з особливостями виникаючих ушкоджень, тяжкістю стану потерпілих, труднощами діагностики і вибору найбільш оптимальної та раціональної тактики лікування. Ці поранення становлять 13,5–16,2 % від загальної кількості ушкоджень грудей [1; 2]. У структурі відкритої та закритої травми грудної клітки частота ТАП дорівнює 23,7 % [3]. Смертність від ТАП за мирного часу коливається від 24,5 до 48,8 % [1; 3; 4]. Частота ТАП не зменшується і, на жаль, не має тенденції до зниження кількості ускладнень, пов'язаних із даними ушкодженнями. У зв'язку з цим питання лікувальної тактики є конче актуальними. Дозволимо собі поділитися власним досвідом хірургічного лікування ТАП.

Матеріали та методи дослідження

За останні 20 років у відділенні торакальної хірургії лікувалося 808 пацієнтів із відкритою травмою грудної клітки, а саме з проникними пораненнями. У 119 потерпілих зареєстровані ТАП, серед яких вогнепальні поранення — у 4 випадках. Чоловіків було 94, жінок — 25. Вік пацієнтів коливався від 18 до 76 років, причому 91,6 % становили особи найбільш працездатного віку від 25 до 60 років. Переважали лівобічні ТАП — 88 пацієнтів. Правобічних було 31. Множинні ушкодження грудей та живота виявлено у 17 по-

терпілих. При ТАП відмічено ушкодження внутрішніх органів; легенів і плеври — у 71 випадку, печінки — у 29, серця і перикарда — у 18, селезінки — у 15, шлунка — у 10, тонкої кишки — у 3. Беручи до уваги характер обговорюваної патології, відмітимо, що діафрагма була ушкоджена в усіх випадках (119 пацієнтів).

У 119 потерпілих відмічено кровотечу в черевну та плевральну порожнину, крововтрата становила від 500 до 3500 мл. Усіх хворих прооперовано. Під час оперативного втручання 63 пацієнтам виконано реінфузію крові із плевральної або черевної порожнини об'ємом від 1000 до 3000 мл.

Здійснено такі оперативні втручання; первинну хірургічну обробку ран (ПХО) — в 132 хворих, торакотомію, зашивання ран діафрагми — у 47, серця — у 8, перикарда — у 6, легенів — у 9, припинення кровотечі із внутрішньогрудних судин — у 4, металоостеосинтез ребер — у 1, лобектомію — у 1, резекцію ребер — у 1. Торакодифрагмотомія із зашиванням: легенів — у 53 випадках, діафрагми — у 31, печінки — у 16, перикарда — у 4, селезінки — у 6, шлунка — у 3, у тому числі 1 клиноподібна резекція, спленектомія — у 2, гепатопексія — у 1. Дренування плевральної порожнини проведено у 26 потерпілих, у 22 випадках виконано ендоскопічні оперативні втручання; діатермокоагуляцію легенів і плеври — 5, ревізію та дренування плевральної порожнини — 17.

Використовувалися оперативні доступи і через передню черевну стінку (лапаротомія):

ревізія і санація черевної порожнини — у 20 випадках, зашивання діафрагми — у 11, зашивання діафрагми та печінки — у 13, шлунка та кишечника — у 10, зашивання діафрагми та спленектомія — у 7.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час лікування потерпілих із ТАП від хірургів вимагається послідовне чітке здійснення лікувально-діагностичних заходів і вибір найбільш раціональних доступів до ушкоджених органів. До переліку обов'язкових досліджень у хворого із підозрою на ТАП належать: оглядова рентгенографія грудної і черевної порожнини, КТ органів грудної клітки та живота, УЗД органів черевної порожнини, загальні аналізи крові та сечі. Найбільш складною проблемою лікування ТАП є вибір хірургічної тактики і раціонального доступу. Приєднуємося до думки інших авторів, що спершу слід виконувати операцію у тій ділянці, в якій є найбільш виражені ознаки ушкодження життєво важливих органів [5–9]; у 47,6 % потерпілих — це грудна клітка.

Оперативне лікування показано усім потерпілим. Велике значення надаємо ПХО ран, повноцінній ревізії ранового каналу і контрольній плевральній пункції, що в подальшому визначає вибір первинного хірургічного доступу. Обов'язковим вважаємо невідкладне дренування ушкодженої плевральної порожнини і встановлення «пошукового» катетера в черевну порожнину. Результати цих методик також визначають пер-



винність хірургічного втручання.

Повторну операцію (реторакотомія з приводу згорненого гемотораксу) потерпілому із ТАП виконано в 1 випадку.

В останні роки надається перевага ендоскопічним методам лікування ТАП (торакоскопія, лапароскопія), які виявилися ефективними як діагностичні втручання та при невеликих ушкодженнях внутрішніх органів і діафрагми. Ці методики широко розробляються та впроваджуються в щоденну практику [3].

У наших спостереженнях смертність при ТАП становила 0,8 % (1 хворий). Причиною смерті були тяжка поєднана травма, геморагічний шок IV ступеня та розвиток поліорганної недостатності.

Висновки

1. Торакоабдомінальні поранення є найбільш складними

ушкодженнями і потребують невідкладного і комплексного підходу в їхньому лікуванні.

2. Вибір методу хірургічної допомоги і доступу залежить від ділянки, переважного ушкодження і можливостей клініки.

3. У перспективі лікування ТАП великого значення набувають ендоскопічні хірургічні втручання, завдяки яким досягається позитивний результат у 70 % випадків.

4. Виконання ендоскопічних операцій протипоказане при тяжкому стані пацієнта і виражених клінічних проявах ушкоджень життєво важливих органів і великих судин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вагнер Е. А. Хирургия поврежденной груди. — М.: Медицина, 1981. — 282 с.

2. Гуманенко Е. К. Огнестрельные ранения мирного времени // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1998. — № 5. — С. 62-66.

3. Цибуляк Г. Н., Бечик С. Л. Ранения и травмы груди // Хирургия. — 1997. — № 3. — С. 5-10.

4. Соловьев Г. М., Багдасаров В. В. Лечебная тактика при сочетанных торакоабдоминальных ранениях // Хирургия. — 1998. — № 9. — С. 18-20.

5. Бисенков Л. Н., Кочергаев О. В. Диагностика и хирургическая тактика при сочетанной травме груди, осложненной ушибом легких и сердца // Клін. хірургія. — 1999. — № 10. — С. 15-18.

6. Торакоабдоминальное ранение мирного времени // Б. А. Сотниченко, А. С. Иорданова, О. Б. Калинин, И. К. Лемешко // Клін. хірургія. — 2000. — № 6. — С. 13-15.

7. Специализированная хирургическая помощь при огнестрельных ранениях груди и живота мирного времени / А. С. Ермолов, М. М. Абакумов, А. Н. Погодина, Е. С. Владимировна // Хирургия. — 1998. — № 10. — С. 7-11.

8. Бисенков Л. Н., Кочергаев О. В. Повреждение внутренних органов груди — актуальная проблема диагностики и лечения сочетанных торакальных травм // Анн. хирургии. — 1998. — № 5. — С. 29-34.

9. Видеоторакоскопия в лечении больных с травматическими повреждениями грудной клетки / В. А. Порханов, И. С. Поляков, В. Б. Кононенко и др. // Там же. — 2001. — № 2. — С. 44-50.

УДК 617.55-001.4-07-089

О. І. Міміношвілі, А. Д. Сомов, О. С. Антонюк,
О. О. Ніконова, В. П. Сопельняк

МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ АБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ

Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В. К. Гусака АМН України, Донецьк

В останні роки в Україні, як і в усьому світі, особливого соціально-медичного значення набувають травматичні ушкодження, що є основною причиною смерті в осіб до 40 років. Однією з частих причин летального кінця при тяжкій механічній травмі і пораненнях є ушкодження органів черевної порожнини і заочеревинного простору, що призводять до раннього розвитку різноманітних загальних і місцевих ускладнень [6]. У великих міських центрах смертність при ножових пораненнях досягає 3 %,

при вогнепальних — 12 %, а при тупих травмах — 25 %. Частота ускладнень — 44 % [8].

Небезпека розвитку тяжких ускладнень спонукає до використання активної діагностичної і лікувальної тактики для виключення внутрішньочеревинних ускладнень, при цьому в деяких випадках виконуються «даремні» (діагностичні) лапаротомії. Крім додаткових економічних утрат, пов'язаних зі стаціонарним лікуванням, у хворих з тяжкою механічною травмою лапаротомії є додатковим травмуючим агентом,

що провокує розвиток поліорганної недостатності. Частота «даремних» лапаротомій досягає 15–40 % [1–3], у зв'язку з чим особливої актуальності набуває підвищення ефективності діагностики і впровадження малоінвазивних технологій у лікувально-діагностичний процес при абдомінальній травмі.

На особливу увагу заслуговують відеолапароскопічні втручання, що дозволяють детально оглянути черевну порожнину, а в деяких випадках надати необхідну хірургічну допо-

