

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-



могу без додаткової ятрогенної травми.

З 2001 р. у відділі абдомінальної хірургії і політравми ІНВХ виконується науково-дослідна робота, метою якої є поліпшення результатів лікування потерпілих з абдомінальною травмою шляхом апробації й упровадження відеолапароскопічної діагностики і лікування.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалом ретроспективного дослідження є історії хвороби пацієнтів, що надійшли до хірургічного відділення ІНВХ із пораненнями живота (1999–2001 рр.). З 2002 р. проводиться спостереження за аналогічними хворими. Вивчаються клінічна картина, ефективність і діагностична цінність загальноклінічних, лабораторних, рентгенологічних і ультразвукових методів діагностики, показники імунітету й ендогенної інтоксикації (ЛІІ, концентрація молекул середньої маси), а також безпосередні результати лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

З 1999 по 2001 рр. у хірургічному відділенні прооперовано 56 хворих, з них 37 — із проникними пораненнями і 19 — із закритою травмою живота. Чоловіків було 51 чоловік, працездатного віку — 48 осіб. Більшість хворих госпіталізовано вночі та ввечері (41 чоловік), у тому числі 46 — у стані алкогольного сп'яніння.

Пацієнти з пораненнями живота, як правило, із приймального відділення надходили до операційної з попереднім діагнозом, надалі діагноз уточнювався паралельно з проведенням інтенсивної терапії. Стандартний алгоритм обстеження хворих з пораненнями живота включав з'ясування анамнестичних даних і скарг (якщо дозволяв стан і був можливий вербальний контакт), дослідження живота і суміжних ділянок, оцінку вітальних функцій

(показники серцево-судинної і дихальної систем), рентгенологічне дослідження живота і грудної клітки, клінічні та біохімічні аналізи крові і сечі. Лише в 22 хворих обстеження доповнене ультразвуковим дослідженням черевної порожнини і заочеревинного простору і рентгеноконтрастним дослідженням сечовидільних органів (внутрішньовенна або ретроградна урографія). Проникний характер поранення було підтверджено на операційному столі при ревізії рани під час первинної хірургічної обробки.

У 21 хворого при надходженні було виявлено ознаки внутрішньочеревинних ушкоджень: клініка геморагічного шоку — у 6 пацієнтів, ознаки подразнення очеревини — у 12. У цих випадках передопераційне обстеження обмежувалося з'ясуванням стану вітальних функцій і взяттям крові та сечі для лабораторних досліджень. Оперативні втручання здійснювалися не пізніше як за 30 хв з моменту надходження (у середньому 26 хв) і остаточний діагноз установлювали під час лапаротомії. Виражених ознак внутрішньочеревинних ушкоджень не було у 34 хворих. Домінуючими скаргами були біль у ділянці рани, болісність під час пальпації. Відзначалося деяке напруження в прилеглих відділах живота. Ревізія ранового каналу показала наявність вільної крові в черевній порожнині. У зв'язку з проникним характером поранення і гемоперитонеумом у всіх випадках виконано лапаротомію і ревізію черевної порожнини. Ушкодження тонкої кишки виявлено в 6 потерпілих, товстої кишки — у трьох. У 2 хворих внутрішньочеревинних ушкоджень не виявлено, а у 3 пацієнтів були ушкодження сальника, у 2 — крайові поверхневі поранення печінки і у 2 — ушкодження серозної оболонки тонкої і товстої кишки.

Обсяг обстеження потерпілих із закритою травмою живо-

та був практично аналогічним вищеописаному, з тією лише різницею, що в 10 з них як метод діагностики використано лапароцентез, частіше використовувалися ультразвукове дослідження та рентгеноконтрастні методи (12 і 4 випадки відповідно). Виражені ознаки внутрішньочеревинних ушкоджень відзначено в 9 випадках, у тому числі у 6 потерпілих — ознаки перитоніту й у 3 — гемоперитонеуму (після лапароцентезу).

Лапаротомію виконано у 19 потерпілих із закритою травмою. Ушкодження печінки виявлено в 5 хворих, селезінки — у 4, порожнистих органів — у 5. У 2 випадках гемоперитонеум розвинувся внаслідок пропотівання заочеревинної гематоми, у 1 хворого під час операції виявлено поверхневі тріщини печінки, у 2 осіб — тріщини брижі сигмоподібної кишки.

І при пораненнях, і при закритій травмі живота з ушкодженням внутрішніх органів оперативні втручання були спрямовані на хірургічний гемостаз, ушивання ран порожнистих органів, санацію та дренажування черевної порожнини. Післяопераційні ускладнення відзначено у 6 потерпілих (10,7%), кількість післяопераційних ліжко-днів — 18,7, померли 2 потерпілих (летальність — 3,57%).

Аналіз результатів операційної ревізії і безпосередніх результатів операції показав, що у 4 потерпілих з пораненням або тупою травмою живота лапаротомія була діагностичною, у 12 хворих внутрішньочеревинні ушкодження були незначні, а оперативне втручання можна було б виконати малоінвазивним методом (лапароскопія). У зв'язку з цим у 2002 р. концепцію надання невідкладної хірургічної допомоги хворим з абдомінальною травмою було переглянуто — з появою технічних можливостей у діагностичному і лікувальному процесі почали застосовувати відеолапароскопічні методики.



Останнім часом відеолапароскопію застосовано в 9 хворих із проникними пораненнями і у 5 — з тупою травмою живота. Одержано добрі результати. При тупій травмі використовували стандартний параумбілікальний доступ, головний і додатковий троакари вводили зліва або справа залежно від найбільш ймовірної локалізації ушкодження. При пораненнях живота лапароскоп вводили через рановий канал після первинної хірургічної обробки рани. Для кращої візуалізації та ревізії черевної порожнини при роздутому кишечнику використано надувний обтуратор у вигляді балона навколо відеоскопа (заявка на патент України № 2003065858 від 24.06.03 р.).

Після обстеження черевної порожнини у 5 потерпілих виявлено серйозні ушкодження внутрішніх органів із триваючою внутрішньочеревинною кровотечею або візуальними ознаками перитоніту. У 3 осіб джерела триваючої кровотечі не виявлено, що потребувало конверсії та виконання відкритої ревізії черевної порожнини і відповідної оперативної допомоги. У 5 випадках виявлено гемоперитонеум, зумовлений пораненням судин передньої черевної стінки (кровотечу припинено після додаткового прошивання передньої черевної стінки під контролем лапароскопа); у 1 спостереженні виявлено поверхневий розрив печінки по міжчастковій борозні (кровотечу припинено за допомогою коагуляції). Лапароскопію в цих випадках доповнено санацією черевної порожнини і дренажуванням через отвори для додаткових троакарів. Летальних випадків і ускладнень не спостерігалось.

Попередній порівняльний аналіз відкритих і відеолапароскопічних втручань при абдомінальній травмі показав переваги останніх: поліпшення безпосередніх результатів оперативних втручань на фоні швидшого покращання загального

стану хворих, зниження ступеня ендогенної інтоксикації, і нормалізація показників клітинного та гуморального імунітету. Останнім часом у потерпілих з абдомінальною травмою в стандартному протоколі обстеження застосовується ультразвукове дослідження (УЗД) живота і заочеревинного простору, у тому числі вночі та ввечері. У 3 потерпілих із сумнівною клінічною картиною під час УЗД виявлено ознаки вільної рідини в черевній порожнині (згодом діагностовано гемоперитонеум), у 1 хворого — з ушкодженням селезінки і формуванням гематоми. Варто визнати високу інформативність методу для виявлення гемоперитонеуму або інших внутрішньочеревинних скупчень, однак у деяких випадках установити джерело кровотечі вдалося лише під час операційної ревізії.

Таким чином, за наявності відповідного устаткування відеолапароскопічна діагностика, за необхідності доповнена тим чи іншим ендоскопічним втручанням, може стати альтернативою традиційним методам. Особливого значення ці методи набувають при сумнівній клінічній картині без явних ознак внутрішньочеревинних ушкоджень. Діагностичний лапароцентез і перитонеальний лаваж нерідко дають хибнопозитивні результати або інформація про внутрішньочеревинну кровотечу запізнюється [2; 7; 8]. Вибіркова консервативна тактика і тривале динамічне спостереження [4] часто не виправдовують себе, призводять до запізненої діагностики, відстрочення операції. Нині в літературі з'являється усе більше публікацій про значне підвищення ефективності діагностики і зниження (або відсутність) даремних лапаротомій при використанні відеолапароскопії [2; 3; 5], застосуванні малоінвазивних операцій при травмах селезінки, печінки [1]. Наші попередні дані також свідчать про висо-

кий діагностичний, а в деяких випадках і лікувальний рівень ефективності малоінвазивних відеолапароскопічних втручань, що дає підставу для подальших досліджень у цій області.

Висновки

1. Поранення і тупа травма живота в 14,8 % випадків є причиною виконання даремних лапаротомій, у 44,4 % хворих оперативні втручання може бути виконано з використанням відеолапароскопічних технологій.

2. Відеолапароскопічна діагностика є найінформативнішим діагностичним методом при абдомінальній травмі різної етіології, його можна застосовувати в сумнівних клінічних ситуаціях за відсутності виражених ознак внутрішньочеревинних ушкоджень.

3. Застосування лапароскопії при лікуванні хворих з абдомінальною травмою в деяких випадках допомагає уникнути лапаротомії, що поліпшує безпосередні результати лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Лапароскопия и лапароскопическое лечение травм органов брюшной полости* / С. А. Афендулов, Н. А. Краснолуцкий, А. У. Гуджиев, В. С. Введенский // *Эндоскоп. хирургия.* — 2001. — № 2. — С. 5-6.

2. *Лапароцентез и лапароскопия при сочетанной травме* / А. С. Балалыкин, А. Н. Алимов, И. В. Сундуков и др.: Тез. докл. 4-го всерос. съезда по эндоскоп. хирургии // *Эндоскоп. хирургия.* — 2001. — № 3. — С. 28.

3. *Буянов А. Л., Некрасов А. Ю.* Лапароскопия при проникающих ранениях живота: Тез. докл. 1-го всерос. съезда по эндоскоп. хирургии // Там же. — 1998. — № 1. — С. 10.

4. *Винник Ю. А.* Оптимизация избирательной консервативной тактики при проникающих колото-резаных ранениях живота: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 14.00.27. — Харьков, 1989. — 26 с.

5. *Гринберг А. А., Ступин В. А., Синайко В. В.* Первый опыт применения видеолароскопии при проникающих ранениях брюшной полости: Тез. докл. 4-го всерос. съезда по эндоскоп. хирургии // *Эндоскоп. хирургия.* — 2001. — № 2. — С. 14.

6. *Корж М. О., Тянькут В. О., Дорощев В. В.* Дорожно-транспортный



травматизм як гостра медична та соціальна проблема // Ортопедія, травматологія і протезування. — 2000. — № 4. — С. 5-8.

7. *Abdominal stab wounds: diagnosis*

and peritoneal lavage criteria for emergency room discharge / R. P. Gonzales, B. Turk, M. E. Falimirski, M. R. Holevar // *J. Trauma*. — 2001. — Vol. 51, N 5. — P. 939-943.

8. Kirby R. R., Taylor W. R., Civetta J. M. *Handbook of critical care*. — Philadelphia; N. Y.: Lippencott-Raven, 2002. — P. 280-293.

УДК 617-55-089+616.381-072.1

М. В. Міщенко¹, Р. М. Міщенко²

ЛАПАРОСКОПІЯ ПРИ ЗАКРИТІЙ ТРАВМІ ЖИВОТА

¹Одеський державний медичний університет,

²Міська клінічна лікарня № 1, Одеса

Вступ

Лапароскопія посідає особливе місце в діагностиці і лікуванні хворих з абдомінальною травмою. Помилки клінічної діагностики при травмах живота досягають 25 %, причому 60 % помилок призводять до летальних наслідків. Лапароскопія — оптимальний метод розв'язування діагностичних і тактичних проблем з можливим подальшим переходом у мініінвазивну ендоскопічну лікувальну операцію [1]. Переваги лапароскопії незаперечні при поєднаній травми голови і живота, коли клінічні ознаки ушкодження органів черевної порожнини маскуються семіотикою черепно-мозкової травми [2; 3]. При ушкодженні спинного мозку лапароскопія є єдиним методом діагностики (окрім лапаротомії). Метод застосовують при ушкодженнях органів черевної порожнини для визначення локалізації осередку ушкодження [4].

Можливості лапароскопії внесли зміни в тактичні настанови, пов'язані з травмами печінки. Підозра на ушкодження печінки, підтверджена надходженням крові при лапароцентезі, в недалекому минулому була абсолютним показанням до лапаротомії. Лапароскопія відкриває перспективу ендоскопічного лікування поверхневих ран печінки, яке обмежується «ендоскопічним туалетом» і дрениванням черевної порожнини з подальшим динамічним лапароскопічним

контролем [5]. Можливість ендоскопічного лікування поверхневих ран печінки вважається найвидатнішим внеском лапароскопії в лікування травм живота й обговорюється як перспективна альтернатива лапаротомії [6].

Лапароскопія відіграє вирішальну роль у діагностиці розриву брижового краю кишки, якщо вміст розповсюджується між листками брижі й не потрапляє в черевну порожнину, або при ушкодженнях заочеревинної частини дванадцятипалої кишки, висхідної або низхідної кишок, коли провідною ознакою є гематома в заочеревинній клітковині [7].

Важливе досягнення лапароскопії — можливість отримання вірогідної інформації про відсутність ушкодження органів живота [8–11].

Матеріали та методи дослідження

З 1983 по 2003 рр. виконано 359 комбінованих діагностичних лапароскопій у хворих із підозрою на ушкодження органів живота за допомогою ендоскопічного обладнання фірм "Olympus" і "Karl Storz". У 192 хворих було виявлено ушкодження внутрішніх органів, у 167 — ушкодження органів живота не виявлено.

Результати дослідження та їх обговорення

Травматичні розриви селезінки за допомогою лапароскопії виявлено у 52 хворих із

закритими травмами живота. У 21 хворого діагностовано одномоментний розрив селезінки з крововиливом в черевну порожнину. При одномоментному розриві лапароскопія уточнює джерело кровотечі та допомагає вибрати оптимальний хірургічний доступ. У 31 пацієнта виявлено перший етап двомоментного розриву селезінки, що дозволило оперувати хворих у відносно благополучному стані до настання серцево-судинного колапсу.

Розриви печінки належать до найтяжчих і прогностично несприятливих ушкоджень органів черевної порожнини. Більшість хворих надходять із клінічною картиною внутрішньочеревинної катастрофи, у стані декомпенсованої крововтрати і піддаються невідкладній лапаротомії без попередньої лапароскопії. Тому 41 ушкодження печінки, виявлене при 359 лапароскопіях, як і 52 ушкодження селезінки не відбивають справжньої частоти ушкоджень печінки при травмах живота, а вказують лише на частоту виявлення розривів печінки за допомогою лапароскопії, яку виконують пацієнтам із травмою живота при стертій клінічній картині.

Лапароскопічні ознаки травматичного ушкодження печінки різноманітні. Здебільшого це забита рана, що кровоточить, зі рваними краями.

Ушкодження кишки і/або брижі виявлено нами у 51 хворого з 359 пацієнтів, підданих

