

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



екстреній діагностичній лапароскопії при травмах. Показово, що у 9 із 17 пацієнтів з внутрішньочеревинними ушкодженнями кишки були отримані хибнонегативні результати лапароцентезу зі встановленням «сигнального» катетера та перитонеальним лаважем. Важкими для лапароскопічної діагностики є заочеревинні розриви задньої стінки дванадцятипалої кишки (4 пацієнти) і мезоперитонеально розташованих відділів висхідної або низхідної кишки (29 хворих). Також важка діагностика розривів брижового краю тонкої кишки (5 хворих). У цих випадках цінну інформацію надає розшарування листків брижі гематомою, що розповсюджується, пухирцями газу і кишковим вмістом.

Патогномонічною лапароскопічною ознакою ушкодження органів заочеревинного простору є заочеревинна гематома (48 хворих із 359 підданих невідкладній комбінованій діагностичній лапароскопії з приводу закритої травми живота). У 2 пацієнтів виявилися розриви нирки, що супроводжувалися крововиливом в заочеревинну клітковину, причому у 1 хворого ушкодження нирки було ізольованим, не супроводжувалося травмою органів черевної порожнини й ознаками подразнення очеревини. У нього не було клінічних показань до лапаротомії, а результат діагностичної лапароскопії виявився єдиним вагомих аргументом на користь невідкладної операції. Нефректомію виконано 1 хворому, 1 пацієнту накладені гемостатичні шви і проведена органозберігаюча операція.

У 5 хворих діагностовано розрив підшлункової залози. Через 12 год і більше після травми підшлункової залози у 2 хворих визначалися ознаки гострого панкреатиту: геморагічний ексудат у черевній порожнині з високою активністю амілази, склоподібний набряк печінково-дванадцятипалої зв'язки, осередки стеатонекрозів по сальнику та очеревині, збіль-

шений напружений жовчний міхур. Хворим із травматичним панкреатитом виконано лапароскопічну холецистостомію, блокаду і катетеризацію круглої зв'язки печінки з подальшим введенням інгібіторів протеолізу, антибактеріальних препаратів, дренивання черевної порожнини.

У 7 хворих із заочеревинною гематомою джерела крововиливу не було виявлено. Під час контрольної динамічної лапароскопії розміри гематоми не збільшувалися — кровоточили немагістральні судини заочеревинної клітковини.

Таким чином, у 167 хворих із 359, яким було виконано комбіновану діагностичну лапароскопію, за її результатами відкинуто підозру про ушкодження органів живота і знято показання до невідкладної лапаротомії.

Діагностичну лапароскопію виконано 86 хворим із травмою голови та живота. У 36 хворих виявлено ушкодження внутрішніх органів, у 50 — підозру про ушкодження було відкинуто, і пацієнти уникли лапаротомії.

Практичне значення негативного результату дуже велике. Серед 167 хворих, у яких не було виявлено ушкодження внутрішніх органів, у 26 були переломи великих кісток, ускладнені шоком, у 39 — тяжка черепно-мозкова травма, у 9 — ушкодження хребта і спинного мозку, тобто у 74 пацієнтів виявлено порушення, за яких застосування променевого методу діагностики утруднене через загальний стан потерпілих, а експлоративна лапаротомія пов'язана з надзвичайно високим ризиком, що істотно погіршує прогноз. У цій групі хворих діагностична лапароскопія виявляється єдиною можливістю підтвердити або відкинути діагноз ушкодження органів живота.

Висновки

Відсутність ушкодження внутрішніх органів, підтверджена результатами комбінованої діагностичної лапароскопії, позбави-

ла 167 пацієнтів травматичної лапаротомії. Подальший клінічний перебіг у пацієнтів, що видужали, і результати судово-медичної експертизи померлих показали, що висновки всіх діагностичних лапароскопій підтвердилися. Хибнонегативних результатів не було.

Комбіновану діагностичну лапароскопію при травмах живота можна розцінювати як альтернативу експлоративній лапаротомії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гешелін С. А., Мищенко Н. В., Каштальян М. А. Лапароскопия в диагностике и лечении острых заболеваний и травм живота // Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. — 2000. — Т. 4, № 3. — С. 30-35.
2. Ничитайло М. Е. Капшитарь А. В. Применение лапароскопии в диагностике и выборе тактики лечения пострадавших с закрытой травмой живота // Клін. хірургія. — 2003. — № 9. — С. 23-25.
3. Мазуренко О. В. Диагностика закрытого повреждения двенадцатиперстной кишки при черепно-мозговой травме // Клін. хірургія. — 1995. — № 1. — С. 13-14.
4. Bar-On Z., Ohry A. The acute abdomen in spinal cord injury individuals // Paraplegia. — 1995. — Vol. 33, N 12. — P. 704-706.
5. Пат. 60915 А Україна, МПК А61М27/00. Лапароскопічна гільза / С. О. Гешелін, М. В. Мищенко, В. І. Гирля, Р. М. Міщенко. — Заявл. 2003043439 16.04.03; Опубл. 15.10.03 // Бюл. № 10.
6. Pachter H. L., Felciano D. V. Complex hepatic injuries // Surg. Clin. North. Am. — 1996. — Vol. 76, N 4. — P. 763-782.
7. Лапароскопия при закрытой травме живота / А. А. Кириченко, В. Б. Колокольников, С. Б. Курышев и др. // Вопросы организации неотложной медицинской помощи: Тез. научн. работ. — Омск, 1996. — С. 87-89.
8. Poole G. V., Hauser C. J., Thoma K. R. Laparoscopy in trauma // Surg. Clin. North Am. — 1996. — Vol. 76, N 3. — P. 547-556.
9. Lepaniemi A. K., Elliott D. C. The role of laparoscopy in blunt abdominal trauma // Ann. Med. — 1996. — Vol. 28, N 6. — P. 483-489.
10. Досвід застосування комбінованої лапароскопії при політравмі / С. О. Гешелін, А. О. Бабур, В. І. Гирля та ін.: Тези доп. 1-ї Укр. наук.-практ. конф. з невідклад. допомоги. — Одеса, 1993. — С. 26.
11. Неотложная лапароскопия в диагностике закрытой травмы живота / Н. В. Караман, А. А. Бабур, В. Л. Зимовский и др. // Клін. хірургія. — 1990. — № 9. — С. 37-39.

