

В. О. Пронін

ПРИНЦИПИ ТАКТИКИ “DAMAGE CONTROL” ПРИ АБДОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ У ПОТЕРПІЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

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

Вступ

Останні десятиріччя характеризуються збільшенням поєданого травматизму. Летальність у хворих із декомпенсованим шоком сягає 90 % [3]. Застосування в хірургії політравми тактики "damage control" («контроль ушкоджень») — один із головних прогресивних етапів у хірургічній техніці протягом останніх 20 років [1; 7]. Ці тактичні принципи не одразу були прийняті хірургами, оскільки вони не відповідають багатьом стандартним хірургічним постулатам, один з яких стверджує, що краще для пацієнта — одномоментна повнообсяжна хірургічна корекція. Однак сьогодні загальноновизнано, що пацієнти із політравмою вмирають раніше, ніж закінчиться радикальне оперативне втручання. Навіть за сучасної високоякісної анестезіологічної допомоги причиною смерті є триада: коагулопатія, гіпотермія та метаболічний ацидоз [5; 6].

Застосування принципів тактики "damage control" уважно вивчається у потерпілих із політравмою. Більшість хірургів не мають досвіду роботи з такими хворими. Пропонуємо власний досвід застосування тактики "damage control" при абдомінальних втручаннях у потерпілих із тяжкою політравмою.

Матеріали та методи дослідження

Для оцінки ступеня тяжкості травми використано індекс ISS

(injury severity score) [4]. Для оцінки тяжкості гемодинамічних порушень нами використано індекс Альговера [3]. Надання медичної допомоги потерпілим у стаціонарі проводилося відповідно до розроблених тактичних алгоритмів [2].

Згідно з принципами тактики "damage control", виконання первинного реанімаційно-гемостатичного етапу при абдомінальному втручанні вважали показаним за наявності у потерпілого:

1) декомпенсованого шоку (гіпотонія, яка потребує введення адреноміметиків);

2) шоку при тяжкому ушкодженні (ISS \geq 25);

3) ДВЗ-синдрому або провісників його розвитку (прогресуюче збільшення часу згортання крові, прогресуюча гіпотермія, зниження тромбоцитів крові).

Завданням реанімаційно-гемостатичного етапу лапаротомії є: максимально раніше встановлення стабільного гемостазу; максимально можлива реінфузія вилитої у черевну порожнину крові, первинна тимчасова герметизація ушкоджень порожнистих органів для запобігання інфікуванню черевної порожнини.

Ці принципи використані нами під час виконання абдомінальних втручань у 7 потерпілих із тяжкою політравмою й декомпенсованим шоком. Усі хворі мали індекс ISS $>$ 34 й ушкодження 4 анатомо-функціональних ділянок. Серед потерпілих 4 особи травму отримали

внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, 1 — при падінні з великої висоти, 2 — через побиття.

Результати дослідження та їх обговорення

Виконано тампонування розривів печінки у 6 хворих і тампонування заочеревинного простору справа у 1 потерпілого як метод тимчасового гемостазу. Однак на операційному столі вмерло 4 хворих, незважаючи на інтенсивну протишокову терапію (декомпенсований необоротний шок — прогресивне падіння артеріального тиску, незважаючи на введення великих доз адреноміметиків; ДВЗ-синдром — час згортання крові понад 15 хв; рН крові — 7,34). Одному хворому, якому первинно виконано тампонування печінки, після стабілізації гемодинаміки (через 10 год після першої операції) виконано релапаротомію (ушивання розривів печінки, накладення холецистостоми, інтубація кишечника) та краніотомію (видалення великого осередку контузії мозкової речовини). На жаль, цей хворий помер на другу добу від набряку й дислокації головного мозку. Вижили 2 хворих. Одному з них первинно виконано ушивання нижньої порожнистої вени та відкрите тампонування рани печінки. Релапаротомія не проводилася. Тампон видалено із черевної порожнини на 10-ту добу. Післяопераційний період ускладнився нагноєнням післяопераційної рани й



формуванням зовнішньої жовчної нориці. Другому хворому, якому первинно було здійснено тампонування заочеревинної гематоми справа після її ревізії (цілість нижньої порожнистої вени, нирки та ниркових судин підтверджено під час ревізії), релапаротомія також не проводилася. Тампон із-за очеревиного простору видалено на 9-ту добу. Післяопераційних ускладнень не було.

Розроблені алгоритми надання допомоги потерпілим із політравмою передбачають дотримання принципів тактики "damage control". Стаціонарний доопераційний етап надання медичної допомоги потерпілим, які перебувають у критичному стані, має бути мінімізованим. Усі випадки, в яких негайно не встановлено діагнозу внутрішньопорожнинної кровотечі, мають бути відстрочені. Цим пацієнтам терміново виконується хірургічний гемостаз одночасно з інтенсивним відновленням ОЦК за допомогою переливання крові та її препаратів, факторів згортання крові. Розчини, які вводяться хворому парентерально, мають бути підігрітими. Лапаротомію слід виконувати з широкого доступу. Під час розтину черевної порожнини відбувається зниження внутрішньочеревного тиску, що може закінчитися профузною кровотечею та необоротною гіпотензією (порушення «ефекту самотампонування»). Отже, потрібно негайно виявити джерело кровотечі, а для її припинення слід провести притиснення аорти під діафрагмою та тампонування черевної порожнини. Ідентифікація джерел(а) кровотечі проводиться під час огляду та ревізії черевної порожнини з поетапним поверхневим відтисканням аорти.

Далі проводиться гемостаз шляхом накладання затискачів на судинні ніжки органів (селезінка, нирка), перев'язу-

вання магістральних судин (брижові судини), тампонування великих ушкоджень паренхіматозних органів (печінка) та заочеревинного простору. Одночасно або відразу після досягнення гемостазу збирають кров, що вилілася до черевної порожнини, для реінфузії. За критичного стану пацієнта можлива реінфузія крові навіть при порушенні цілості кишкової стінки після її фільтрації з одночасним введенням великих доз антибіотиків широкого спектра дії. Потім слід провести тимчасову герметизацію ушкоджень порожнистих органів за допомогою П- або Z-подібних швів. Ушкодження кишечнику ушивають, навіть якщо вони потребують резекції.

Ревізія черевної порожнини не має бути радикальною: немає сенсу витратити час на ревізію маленьких пристінкових гематом кишечнику, локальних паранефральных гематом тощо. Операційна рана ушивається провізорними швами або закривається за допомогою накладання цапок на шкіру. Тампони та затискачі накладають на судини, але судинні ніжки органів залишаються в черевній порожнині.

Після закінчення первинного етапу лапаротомії хворому проводиться інтенсивна протишокова терапія на операційному столі (транспортування протипоказане). Після стабілізації гемодинаміки виконується другий етап лапаротомії (релапаротомія) — остаточно-радикальний (радикальна корекція виявлених ушкоджень і профілактика ускладнень).

На жаль, практика показує, що летальність у хворих із політравмою та декомпенсованим шоком залишається високою, тому проблема лікування таких потерпілих надзвичайно актуальна. Вважаємо хірургічне втручання за принципами тактики "damage control" найбільш технічно та тактично

обґрунтованою операційною тактикою.

Висновки

1. У потерпілих з порушеною гемодинамікою ургентне абдомінальне втручання доцільно виконувати двома етапами: на реанімаційно-гемостатичному етапі слід домогтися тимчасового припинення кровотечі; після проведення інтенсивної терапії і стабілізації гемодинаміки на остаточном-радикальному етапі потрібно здійснити остаточний гемостаз, радикальні операції на ушкоджених органах і профілактику післяопераційних ускладнень.

2. Під час операції оцінюють показники центральної гемодинаміки, час згортання крові, температуру тіла та рН крові для корекції лікувальної тактики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Карев Д. В. Применение хирургической тактики "damage control" при проникающих ранениях живота // Вестн. хирургии. — 2000. — № 5. — С. 104-107.
2. Лечебно-диагностическая тактика у больных с политравмой / И. Л. Соханева, Ю. П. Костиков, В. А. Пронин, Г. Р. Гильберг // Харків. хірург. школа. — 2002. — № 2. — С. 100-101.
3. Цыбуляк Г. Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. — СПб.: Гиппократ, 1995. — 432 с.
4. The injury severity score: A method of describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care / S. P. Baker, B. O'Neill, W. I. Haddon et al. // J. Trauma. — 1974. — N 2. — P. 187-196.
5. Moore E. E. Staged laparotomy for the hypothermia, acidosis and coagulopathy syndrome // Am. J. Surg. — 1996. — N 172. — P. 405-410.
6. Staged physiologic restoration and damage control surgery / E. E. Moore, J. M. Burch, R. J. Franciose et al. // Wld. J. Surg. — 1998. — N 12. — P. 1184-1191.
7. "Damage Control": An approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal surgery / M. F. Rotondo, C. W. Schwab, M. D. McGonigal et al. // J. Trauma. — 1993. — N 3. — P. 375-383.

