

ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ І ХРЕБТА ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ТРАВМІ

Ужгородський національний університет

Вступ

Частота механічних травм має неухильну тенденцію до щорічного зростання, їх особливістю є тяжкий поєднаний характер ушкоджень. Діагностика і лікування поєднаних ушкоджень органів черевної порожнини і хребта залишається складною і актуальною проблемою екстреної хірургії [1]. У подоланні даної проблеми суттєву допомогу надають стандарти подання невідкладної допомоги й алгоритми діагностики і лікування, які дозволяють покращити якість лікувально-профілактичної допомоги населенню [2; 3].

Матеріали та методи дослідження

Нами проаналізовано результати лікування 23 хворих з поєднаною травмою органів черевної порожнини і хребта. Усі хворі перебували на лікуванні у клініці в період з 1998 по 2003 рр. Вік хворих від 18 до 63 років (середній вік 43 роки). Чоловіків серед них було 20 (87 %), жінок — 3 (13 %).

Під час обстеження застосовувалися загальноклінічні, біохімічні та інструментальні методи, ультразвукова, лапароскопічна й рентгенологічна діагностика, комп'ютерна томографія.

При ушкодженні органів черевної порожнини застосовували ультразвукове дослідження з наступною лапароскопією, за необхідності виконували серединну лапаротомію і залежно від характеру ушкоджень проводили ушивання розривів печінки, селезінки, кишечника, спленектомію, резекцію кишечника.

При ушкодженні хребта виконували хірургічне або консервативне лікування. Хірургічне лікування включало проведення декомпресії з подальшою стабілізацією ушкодженого сегмента. Стабілізації досягали фіксуванням передніх відділів хребта за допомогою гранул гідроксилапатитної кераміки і задніх — за допомогою сегментарної транспедикулярної фіксації. Консервативне лікування ушкоджень шийного відділу хребта включало одномоментне вправлення за Ріше — Гютером на петлі Глісона, тимчасом як при переломах тіл хребців груднопоперекового відділу хребта І ступеня застосовувалася реклінація на гамаку.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед причин механічної травми слід відзначити автотравму (78,3 % потерпілих) і падіння з висоти (21,7 % випадків). У стані алкогольного сп'яніння було госпіталізовано 65,2 % потерпілих. Діагностичний пошук був складний через наявність травматичного або геморагічного шоку різного ступеня тяжкості (65,2 % потерпілих). Все це потребувало проведення діагностичного процесу в оптимально найкоротші терміни (до 2 год) на фоні проведення реанімаційних заходів [3].

Використання клінічних даних, застосування лапароскопії, ультразвукового та рентгенологічного досліджень, комп'ютерної томографії дозволило діагностувати ушкодження печінки у 9 (39,1 %), селезінки — у 6 (26,1 %), тонкої кишки — у 3 (13 %), товстої кишки — у 1 (4,3 %), поєдна-

не ушкодження печінки та інших органів черевної порожнини — у 4 (17,4 %) потерпілих. Лапароскопічна й ультразвукова діагностика допомогла встановити наявність гемоперитонеума та його об'єм, а також виявити форми і ступені ушкодження, в першу чергу паренхіматозних органів.

Оптимальним доступом при ушкодженні органів черевної порожнини (у т. ч. і печінки) при політравмі вважаємо серединну лапаротомію, яка була нами застосована в усіх пацієнтів.

Використання клінічних даних, застосування рентгенологічного дослідження та комп'ютерної томографії дозволило діагностувати ушкодження шийного відділу хребта у 7 (30,4 %), грудного — у 9 (39,1 %), поперекового — у 7 (30,4 %) потерпілих.

Для шийного відділу хребта були характерними ушкодження у вигляді вивихів хребців (2), «вибухових» переломів (1), проникних переломів (3) та компресійних переломів (1) тіл хребців. У потерпілих з травмою грудного відділу хребта було діагностовано «вибухові» переломи (2), переломовивихи (3) та компресійні переломи (4) тіл хребців. Ушкодження поперекового відділу хребта мали вигляд травматичного спондилолітезу (1), проникних переломів (4) і компресійних переломів (2) тіл хребців.

Груба неврологічна симптоматика спостерігалася у 2 пацієнтів з травмою шийного, у 5 — з травмою грудного і у 1 — з травмою поперекового відділів хребта.

При поєднаній травмі органів черевної порожнини і хребта ліквідація ушкоджень хреб-



та проводилася наступним етапом після термінових оперативних втручань на органах черевної порожнини. В ургентному порядку ліквідація ушкоджень хребців нами була виконана малоінвазивним методом з використанням гранул гідроксилапатитної кераміки [4] у 17 (74 %) пацієнтів. У решти (26 %) потерпілих було застосовано консервативне лікування за вищенаведеними методиками.

Летальність при поєднаній травмі органів черевної порожнини і хребта становила 13 %. Два потерпілих померли від великої крововтрати і шоку, один — від травми спинного мозку в шийному відділі хребта.

Можливості реанімаційної допомоги на сучасному етапі дозволяють одночасно виконувати хірургічні втручання на кількох анатомічних ділянках тіла людини, що є суттєвим при ліквідації ушкоджень органів черевної порожнини і хребта. Тому на особливу увагу заслуговують малоінвазивні методи, які останнім часом набули широкого використання у травматології [4]. Одночасне вико-

нання декомпресії і стабілізації ушкодженого сегмента хребта при політравмі дозволяє уникнути ускладнень, пов'язаних з ушкодженням спинного мозку, та значно полегшує післяопераційне ведення пацієнтів.

Висновки

1. Лапароскопія є провідним методом діагностики ушкоджень органів черевної порожнини.

2. Одномоментне виконання хірургічних втручань на органах черевної порожнини і хребті є ефективним методом лікування при політравмі.

3. Малоінвазивні методи оперативного втручання на хребті з використанням гідроксилапатитної кераміки дозволяють нам рекомендувати цей спосіб лікування у широку клінічну практику.

4. Дискусійними продовжують залишатися питання госпіталізації на рівні швидкої допомоги (відділення хірургії, травматології, реанімації, або нейротравмпункти, як це відбувалось у нашому медичному закладі). Чіткість сумісних дій фахівців різного профілю не регламентована відповідними

нормативними документами, хоча не викликає заперечень, що первинна допомога повинна розпочинатися та проводитися реаніматологами сумісно з хірургами і має бути спрямована на припинення кровотечі та стабілізацію гемодинаміки з подальшою або одночасною декомпресією і стабілізацією хребта.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бондаренко В. А.* К вопросу об организации хирургии политравм в Украине // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1996. — № 3. — С. 63-67.

2. *Лікування ушкоджень хребта та органів черевної порожнини при дорожньо-транспортних пригодах / В. І. Русин, В. М. Шимон, С. О. Бойко та ін. // Наук. вісник Ужгород. ун-ту. Серія «Медицина». — 2003. — Вип. 20. — С. 194-197.*

3. *Стандарти подання невідкладної допомоги населенню Закарпаття / В. І. Русин, І. О. Ковальчук, І. М. Рогач та ін. — Ужгород: ВЕТА-Закарпаття, 2000. — 115 с.*

4. *Шимон В. М.* Малоінвазивні методи лікування переломів грудопоярекового відділу хребта // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2002. — № 2. — С. 140-141.

УДК 616-001:617.55[616-071:616-08]

А. В. Сідий, В. І. Безкоровайний, А. Д. Нетков

ТРАВМА ЖИВОТА З УШКОДЖЕННЯМ ПОРОЖНИСТИХ ОРГАНІВ: ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ

Міська клінічна лікарня № 1, Одеса

Вступ

Інтенсифікація та механізація виробництва, розвиток і збільшення кількості транспортних засобів зумовлюють значне зростання травматизму. В зв'язку з урбанізацією, збільшенням міст, будівництвом висотних споруд травматизм залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасності, а діагностика ушкоджень живота є однією з актуальних проблем

ургентної хірургії. Частота діагностичних помилок сягає 16,9 % [1]. Клінічна семіотика не забезпечує належної діагностики травм живота.

Застосування УЗД та рентгенологічних методів не виключає помилок, пов'язаних з гіпо- та гіпердіагностикою. Виконання лапаротомії у 2,1–30 % випадків є діагностичною маніпуляцією [1–3], яка ускладнює стан пацієнта і погіршує прогноз лікування.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 316 випадків ушкодження порожнистих органів черевної порожнини у пацієнтів віком 20–80 років, чоловічої та жіночої статі за період з 1993 по 2003 рр., що становило 26,9 % усіх хворих із політравмою. Вивчалися всі випадки відкритих ушкоджень (ножових, колото-різаних, вог-

