

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-



непальних), а також ушкодження, пов'язані з тупою травмою органів черевної порожнини. Усіх пацієнтів прооперовано. Чоловіків було 243 (76,9 %), жінок — 73 (23,1 %), серед них 95,6 % потерпілих — працездатного віку. У стані алкогольного сп'яніння доставлено 122 (38,6 %) хворих. У 27 (8,5 %) випадках були поєднані ушкодження порожнистих органів черевної порожнини; поліфокальні ушкодження одного органа становили 40 (12,0 %) випадків. Причинами розривів порожнистих органів (104 випадки — 32,9 %) були ДТП у 64 % і кататравма — у 26 % хворих. За терміном госпіталізації потерпілі розподілилися таким чином: до 2 год — 54,2 %, до 12 год — 25,5 %, до 24 год — 15,3 %, решта хворих надійшли в більш пізні терміни. Чоловіки з розривами порожнистих органів черевної порожнини становили 61,1 %. Відкриті ушкодження внутрішніх порожнистих органів відзначалися у 67,1 % осіб; саме в цій групі найбільш значна частка поліфокальних і поєднаних ушкоджень — 20,5 і 15 % відповідно.

Результати дослідження та їх обговорення

Труднощі діагностики ушкодження порожнистих органів черевної порожнини, особливо при закритій травмі, спричинені недостатньою інформативністю фізичних методів обстеження хворого, оскільки їх ураження маскується ознаками супровідного струсу головного мозку, шокowego стану, алкогольного сп'яніння. Максимальну інформативність діагностичних прийомів забезпечує використання інструментальних, а також клініко-лабораторних методів дослідження. При стабільному стані потерпілому застосовували весь комплекс діагностичних досліджень, у тому числі рентгенологічне, ендоскопічне та ультразвукове.

Потерпілих з травматичним шоком доставляли одразу в операційну, де проводили одночасно протишокову терапію,

рентгенодослідження, лапароцентез і катетеризацію сечового міхура. Методи променевої діагностики застосовували диференційовано. За підозри на травматичне ушкодження порожнистого органа виконували оглядову рентгеноскопію або рентгенографію черевної порожнини, при цьому виявляли вільний газ.

За підозри на ушкодження сечових органів найчастіше виконували екскреторну урографію або ретроградну цистографію. Якщо неможливо було виконати ці дослідження, проводили катетеризацію сечового міхура і загальний аналіз сечі.

Ультразвукове дослідження інформативне при ушкодженні органів черевної порожнини з появою патологічного вмісту (кров, сеча тощо).

За наявності катастрофи черевної порожнини виконували лапаротомію відразу після клінічного обстеження, що дозволяло негайно розв'язувати діагностичні, тактичні та лікувальні завдання. Лапароскопію виконували за відсутності переконливих клінічних даних «гострого живота».

Комплекс протишовкових заходів проводили паралельно з підготовкою до операції хірургічної бригади. Операцію починали з середньосерединної лапаротомії (за необхідності можна подовжити вгору або вниз). Перед ревізією осушували черевну порожнину. За наявності крові шукали місце кровотечі й припиняли її. Потім виконували ревізію порожнистих органів черевної порожнини, починали зі шлунка. Хірургічне лікування розривів і поранень включало ушивання ушкоджених ділянок стінки дворядними швами. Розчавлені краї рани висікали і дефект зашивали в поперечному напрямку.

За підозри на ушкодження дванадцятипалої кишки виконували мобілізацію за Кохером і огляд її позачеревного відділу.

Якщо була можливість, ушкодження ушивали; при повному розриві, коли не було мож-

ливості ушивання без натягу, обидва кінці зашивали і наклали гастроєюноанастомоз.

На відміну від ушкоджень інших органів, ножові поранення тонкої кишки найчастіше бувають поліфокальними через розташування в зоні поранення кількох петель.

Гематоми стінки ревізували і зашивали в поперечному напрямку до осі кишки. Рани тонкої кишки після економного висічення країв ушивали дворядними швами також у поперечному напрямку. Резекцію кишки виконували при кількох пораненнях однієї петлі з накладанням анастомозу «бік у бік».

При гнійному перитоніті виводили кінці кишки у вигляді стоми.

Тактика при ушкодженні товстої кишки залежала від характеру поранень, наявності перитоніту. Виділяли 3 групи ушкоджень:

1) ізольовані ушкодження без інфікування черевної порожнини;

2) те ж саме, але з помірним інфікуванням (до 12 год);

3) численні ушкодження з порушенням кровообігу та перитонітом.

Потерпілим 1-ї групи рану зашивали, в кінці операції проводили девульсію ануса. У потерпілих 2-ї групи після ушивання або резекції товстої кишки наклали розвантажувальну колостому. При лікуванні потерпілих 3-ї групи виконували резекцію товстої кишки з виведенням двостовбурового або одностовбурового ануса.

У всіх випадках ушкодження органів травлення виконувалася трансназальна інтубація шлунка, а при поліфокальних, поєднаних ушкодженнях, накладанні анастомозів — інтубація тонкої кишки для декомпресії, призначалися антисекреторні препарати (даларгін, квамател).

Рани сечового міхура зашивали дворядними швами із захопленням стінки міхура до підслизового шару. Операцію закінчували накладанням епіцистостоми.



Для профілактики гнійно-септичних ускладнень вводили 1,5 г зинацефу внутрішньовенно під час індукції до наркозу, а потім по 0,75–1,5 г 3–4 рази на добу залежно від тяжкості патології, в післяопераційному періоді з успіхом застосовували амоксицилін (1200 мг — тричі на добу).

Виконано 316 лапаротомій. Головну увагу приділяли припиненню кровотечі та зашиванню ушкоджених органів. Усім оперованим дренивали черевну порожнину адекватно до характеру ушкодження. Резекцію тонкої кишки з накладанням анастомозу виконано у 67 (20,5 %) потерпілих, виведення колостоми — у 56 (17,7 %), гастроентероанастомоз — у 5 (1,6 %).

Ускладнення виникли у 47 (14,8 %) потерпілих, 16 з них одужали, 31 помер. Найчастіше спостерігали пневмонію — 24 (7,5 %) випадки, рідше — жирову емболію та ТЕЛА — по 2 випадки (по 0,6 %), міжкишкові абсцеси — 4 (1,3 %), позачеревинну флегмону — 2 (0,6 %), неспроможність швів анастомозу — 8 (2,5 %), розходження країв післяопераційної рани (виснажені або занадто товсті люди, токсичний делірій) — 5 (1,6 %).

Померли 47 (14,9 %) потерпілих. Головними причинами смерті були: шок — у 24 (51,1 %)

хворих, кровотеча — у 8 (17 %), пневмонія — у 6 (12,8 %), жирова та тромбоемболія легень — у 4 (8,5 %), інші — у 5 (1,6 %). Померли в першу добу після госпіталізації 29 (61,7 %) потерпілих, на другу добу — 8 (17 %), на третю — 4 (8,5 %), пізніше ніж через 6 днів — 6 (12,8 %). У пізні терміни головною причиною смерті потерпілих були гнійно-септичні ускладнення.

Вважаємо, що діагностична тактика має базуватися на застосуванні швидких і простих методів дослідження. Комплексне обстеження потерпілих у певній послідовності, із застосуванням загальноприйнятих методів діагностики, в адекватному тяжкості травми обсязі сприяє скороченню тривалості передопераційної підготовки і дає можливість обрати оптимальний спосіб і обсяг оперативного втручання.

Клініко-лабораторні показники при діагностиці малоінформативні і мають другорядне значення.

У потерпілих зі стабільними показниками основних життєвих функцій необхідно проводити весь комплекс діагностичних заходів, який включає рентгенологічні, ендоскопічні та УЗД, для запобігання діагностичних лапаротомій.

Слід намагатися максимального скоротити доопераційний

етап з проведенням протишокової терапії.

Висновки

1. Ушкодження порожнистих органів черевної порожнини при політравмі у наших дослідженнях становили 26,9 %.

2. Домінуючими у більшості хворих з ушкодженням порожнистих органів були ознаки перитоніту (96,2 %).

3. Найбільш ефективними методами ранньої діагностики ушкоджень порожнистих органів черевної порожнини були діагностична лапароскопія (32 %) та застосування «пошукового» катетера черевної порожнини (54 %).

3. Своєчасне розпізнавання ушкоджень порожнистих органів черевної порожнини сприяло ранньому хірургічному лікуванню всіх хворих, що дозволило зменшити післяопераційну летальність до 14,8 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Козлов І. З., Горшков С. З., Волков В. С. Повреждения живота. — М.: Медицина, 1988. — 132 с.

2. Кириллов М. М. Патология внутренних органов при основных видах современной травмы // Воен.-мед. журнал. — 1992. — № 6. — С. 28-31.

3. Гешелин С. А., Мищенко Н. В. Лапароскопия в алгоритме диагностики и лечения острых хирургических заболеваний и травмы живота // Кліні. хірургія. — 2000. — № 8. — С. 26-29.

УДК 616.711.5/6-001.-089:615.832.9

В. В. Соколов¹, Є. І. Слинько², С. О. Панфьоров¹,
А. В. Макаров³, В. Г. Гетьман³

ЧЕРЕЗПОРОЖНИННІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ УШКОДЖЕННІ ГРУДНОГО І ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА

¹ Київська міська клінічна лікарня № 17,

² Науково-дослідний інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова,

³ Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України

Вступ

Вибір методу лікування пацієнтів з травмою хребта зводиться до консервативного та хірургічного, в якому виділя-

ють втручання переднім доступом, заднім доступом та їх комбінації.

Denis (1984) показав, що частота пізніх неврологічних ускладнень серед пацієнтів із

вибуховими переломами, яких лікували консервативно, становила 17 % порівняно з 0 % в групі оперованих хворих. Проте під час травми ніяких неврологічних ускладнень в обох гру-

