

УДК 617-089(075.8)

И.Б. Мустафакулов, Ф.Ш. Мавлянов**Самаркандский государственный медицинский институт (ректор – проф. А.М. Шамсиев); *Самаркандский филиал РНЦЭМП (директор – к.м.н. Ш.С. Юлдашев)*

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ ЖИВОТА

Резюме. У статті представлені результати діагностики та лікування 1758 хворих з поєднаною травмою живота та органів заочеревинного простору. Із них було прооперовано 305 (17,3%) хворих із закритою поєднаною травмою органів черевної порожнини. У 35 випадках проводилось консервативне лікування. Вік хворих коливався від 17 до 89 років ($33,8 \pm 13,4$). При цьому більшу частину постраждалих ($n=231 - 75,7\%$) склали особи працездатного віку (до 55 років), переважно чоловіки ($n=185 - 66,6\%$). Причиною травми у переважній більшості випадків були дорожньо-транспортні пригоди ($n=219 - 69,9\%$) та кататравма – ($n=48 - 15,7\%$). У 279 (82,1%) постраждалих закриті поєднані ушкодження живота супроводжувались черепно-мозковою травмою. Алкогольне сп'яніння спостерігали у 170 (55,7%) постраждалих. Із 305 оперованих померло 31 (10,2%) хворих.

Ключові слова: травма живота, діагностика, лікування.

В последние годы во всем мире наблюдается неуклонный рост травматизма. Техногенные и природные катастрофы, локальные военные конфликты, транспортные и производственные аварии в 50-60% случаев всех травм приводят к сочетанным и множественным повреждениям органов и систем человеческого тела, и как следствие, к высоким санитарным потерям в первые часы и сутки [1-5].

Цель исследования: провести анализ результатов диагностики и лечения больных с сочетанной травмой живота.

Материал и методы. За период с 2000-2014 гг. в Самаркандский филиал РНЦЭМП поступили 1758 человек с сочетанной травмой живота и органов брюшинного пространства, из них были прооперированы 305 (17,3%) пострадавших, в 35 - использовано консервативное лечение.

Возраст пострадавших от 17 до 89 лет ($33,8 \pm 13,4$). Большую часть ($n=231 - 75,7\%$) составляли лица трудоспособного возраста (до 55 лет), преимущественно мужчины ($n=185 - 66,6\%$).

Причиной травмы в большинстве случаев было ДТП ($n=219 - 69,9\%$), у 38 (12,4%) причиной поступления в отделение реанимации была противоправная травма, у 48 (15,7%) кататравма. Алкогольное опьянения наблюдали у 170 (55,7%)

пострадавших.

Результаты исследования и их обсуждение. Пострадавшие относились к категории среднетяжелых, тяжелых и крайнетяжелых больных (средняя оценка тяжести состояния по шкале APACHE II $13,5 \pm 4,8$ балла, минимум 0 баллов, максимум 30 баллов). 264 (86,6%) пострадавших поступили в состоянии тяжелого и декомпенсированного шока.

Основная часть пострадавших госпитализировано до 3 часов с момента получения травмы ($n=247 - 81,0\%$). Из 305 пострадавших с сочетанной травмой живота в 191 (62,6%), доминирующим повреждением была травма живота, в 61 (20,0%) наблюдении – ЧМТ, в 32 (10,5%) – грудь и в 21 (6,9%) случаях было сочетание повреждений.

Наиболее часто повреждения живота сочетались с черепно-мозговой травмой (253 наблюдений) и травмой груди (237 наблюдений). Следует отметить, что 94,1% наблюдений (287 пострадавших) имелись повреждения двух и более анатомических областей.

Наиболее часто встречались повреждения печени (131), селезенки (167), тонкой и толстой кишки (265), 12 перстной кишки (18), поджелудочной железы (15), желудка (54), разрыв брыжейки (89), сальника (59), мочевого пузыря (37) и

почки (45 пострадавших). Развитие перитонита встречалось у 101 больного.

Синдром внутрибрюшной кровопотери проявляется при повреждениях паренхиматозных органов или кровеносных сосудов брыжейки и сальника, забрюшинного пространства. При этом характерны были изменения гемодинамики, а также уменьшение ряда гематологических показателей (гемоглобина, гематокрита, числа эритроцитов), олигурия и лейкоцитоз при разрывах селезенки (у 27).

Мы придерживаемся следующей лечебной тактики: при отчетливой клинике внутреннего кровотечения и острого перитонита – экстренная операция (201). При отсутствии уверенности в наличии внутреннего кровотечения и перитонита, наряду с противошоковой терапией проводятся такие диагностические приемы, как пункция плевральной полости (31), лапароцентез (40), лапароскопия (25), рентгенография: черепа (51), таза (у 30), позвоночника (37), ретроградная цистография (15), УЗИ (201) и компьютерной томографии (40).

Наиболее часто при закрытой травме живота отмечалось повреждение паренхиматозных органов 298 (24,3%) в сочетании с повреждением кишечника (44), мочевого пузыря (15), почки (12). При поступлении признаки внутреннего кровотечения отмечены у 105 (80,1%) пострадавших и 26 (19,9 %) больных с признаками перитонита. Из них у 298 (32,1%) с повреждениями печени и селезенки. По локализации повреждение по классификации Мооре были: печени I степени у 9 человек, II – 18, III – у 31, IV – у 11 и V у 3 пострадавших. Разрывы селезенки I степени – у 6 больных, II – у 15, III – у 26, IV – у 10 и V – у 2.

Из 131 оперированных больных у 10 человек с разрывами печени 4 и 5 степени по Мооре кровотечение остановлено по “Damage control”. Им на 3-4 сутки после стабилизации гемодинамики произведена повторная операция, у 9 больных разрывы печени ушиты, а у 1 наложен повторный “Damage control” при последующей через 72 часа операции разрыв печени ушит с благоприятным исходом.

При повреждениях паренхиматозных органов важным является переливание аутокрови излившейся в брюшную полость (у 100 больных) от 200 до 1250 мл без осложнений.

В последние годы у 28 больных с травмой печени (14) и селезенки (у 14) по классификации Мооре I-II степени при поступлении в клинику отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у этих больных от 200 до 350

мл. И только у 1 больного (объем кровопотери 1200 мл) нами проведена лапароскопическая эвакуация крови.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по $3,5 \pm 0,3$ дозы, 12 больным – свежезамороженной плазмы по $350,80 \pm 55,8$ мл каждому пациенту, и 7 больным $250,5 \pm 40,0$ мл донорской эритроцитарной массы.

Использование современных технологий (УЗИ, КТ, видеолапароскопии) позволяет успешно осуществить консервативное лечение повреждений печени и селезенки у гемодинамически стабильных больных. Осложнения и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии не было. Летальность среди 131 оперированных больных с повреждениями паренхиматозных органов составила 1,53% (2).

В данную работу включены 18 больных с закрытыми повреждениями (87,5%) и ранениями (12,5%) двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Среди пострадавших мужчин было 15 (83,3%), а женщин - 3 (16,7%). При этом средний возраст мужчин составил $37,8 \pm 9,3$ лет, женщин – $32,4 \pm 13,6$ лет. Повреждения ДПК в 4 (22,2%) наблюдениях были в результате падения с высоты (кататравма); в 6 (33,3%) случаях – автодорожные происшествия; в 3 (16,6%) – производственные травмы, и суицидные попытки – в 2 (11,1%) наблюдениях, ятрогенное повреждение возникло в 1 (5,5%) наблюдении, избиение – у 2 больных. В первые 6 часов с момента травмы в стационар поступило 13 (72,2%) пациентов. В сроки от 6 до 24 часов поступил 3 (16,6%) больной, позже 24 часов был госпитализирован 2 (11,1%) пострадавший. Изолированной травма оказалась в 3 (16,6%) наблюдениях. На долю сочетанных и множественных травм пришлось 83,4%, которые чаще выявлялись при ранениях ДПК, что влияло на степень тяжести данного вида повреждений. Повреждения ДПК сочетались с травмой поджелудочной железы – 6 (33,3%), печени – 4 (22,2%), желчного пузыря – 3 (16,6%), тонкого кишечника – 2 (11,2%) и желудка – 1 (5,5%). Повреждения нисходящего отдела ДПК выявлены в 11 (61,1%) случаях, нижне-горизонтальной части – в 4 (22,2%) случаях, верхне-горизонтальной части ДПК – в 3 (16,6%) наблюдениях.

В состоянии шока поступили 16 (88,9%) пациентов. Из них шок I степени отмечен у 2 (12,5%), шок II степени - у 8 (50,0%), шок III степени - у 4 (25,0%), в терминальном состоянии (шок IV) были доставлены 2 (12,5%) потерпевших.

При лечении пострадавших с травмой и ранениями ДПК у 2 (11,1%) пациентов ограничили наложением первичного шва. В 6 (33,3%) наблюдениях первичный шов ДПК дополняли холецистостомией и дренированием сальниковой сумки. При повреждениях более половины окружности ДПК первичный шов дополнялся простой дивертикулизацией ДПК (1 случай), в 2 случаях дивертикулизация ДПК произведена по Доновану-Хагену, в 3 случаях больным было наложено питательная еюностомия по Витцелю. При гематомах ДПК ограничивались эвакуацией гематомы с последующим дренированием забрюшинной клетчатки – 2 (11,1%) наблюдений. В 2 случаях из-за поздней обращению и развитие разлитого перитонита операции завершались лапаростомией для программированной санации брюшной полости.

Летальный исход среди пострадавших с травмой ДПК наступил у 5 пациентов, при этом летальность составила 27,7%. Причинами летального исхода стали: тяжелая закрытая ЧМТ и ПОН у 2, тяжелая сочетанная политравма с геморрагическим и травматическим шоком на фоне профузного внутрибрюшного кровотечения из сосудов панкреатодуоденальной зоны – 3.

За период с 2001 по 2014 года оперировано 265 больных с различными повреждениями кишечника. Мужчин было 207 (78,1%), женщин – 58 (21,9%). У 145 (54,7%) больных имелось повреждение тонкой и толстой кишок, а у 120 (45,3%) – повреждения кишечника сочетались с травмой других органов брюшной полости.

Правильный дооперационный диагноз повреждения кишечника или сочетанных повреждений кишечника и других органов брюшной полости был установлен у 207 (78,1%) из 265. Ушивания места разрыва тонкой кишки выполнено у 236 (89,1%). Резекция поврежденного участка кишечника протяженностью от 30 см до 90 см сделана у 29 пациентов (10,9%). Летальность составила 10,9% (29). Причиной смерти у больных были: множественные и сочетанные повреждения (черепа, груди), прогрессирующий перитонит, а также пневмония.

Нами проанализировано 15 случаев повреждений поджелудочной железы, осложненной с острым травматическим панкреатитом. Мужчин было 12, женщин – 3, в возрасте от 27 до 40 лет (30,1±1,1 лет). Закрытая травма живота, как при-

чина острого травматического панкреатита была у 12 пациентов (прямой удар в эпигастральную область – 6, падение с высоты – 4, дорожно-транспортная травма – 2). В 3-х наблюдениях причиной ОП явилось колото-резанное ранение. У всех пострадавших травма поджелудочной железы сочеталась с повреждениями других органов и систем.

У всех больных развивался острый травматический панкреатит обусловленной общими (травматический шок) и местными изменениями. При механическом повреждении местные изменения в поджелудочной железе обусловлены травматическим некрозом паренхимы, вторичной деструкцией в результате повреждения сосудов и повреждением протоков с поступлением активного панкреатического секрета.

В зависимости от характера и локализации поражения применяют следующие виды оперативного лечения травм поджелудочной железы, основанные на принципах адекватного дренирования зоны повреждения, удаления явно нежизнеспособных тканей железы, восстановление пассажа или рационального отведения панкреатического сока: гемостаз и дренирование зоны повреждения – у 5 больных, вскрытие и опорожнение забрюшинных гематом – у 4, дренирование поврежденного панкреатического протока – у 3, левосторонняя резекция поджелудочной железы – у 2, отключение двенадцатиперстной кишки – у 1 больного.

Из 15 пострадавших с доминирующим повреждением поджелудочной железы умерло 6 (40%). Из них у 5 человек был тяжелый деструктивный травматический панкреатит и у 1 – парапанкреатит и перитонит.

У пострадавших с сочетанной травмой живота главной причиной смерти (35,4%) была острая массивная кровопотеря в сочетании с травматическим шоком. Второй причиной по частоте летальных исходов были гнойно-воспалительные осложнения (25,8%) и пневмония (16,9%).

Вывод. При сочетанной травме живота объем операции заключается в радикальном устранении повреждений, реконструкции нарушенных анатомических взаимоотношений органов брюшной полости.

Перспективы дальнейших исследований. Перспективным есть разработка новых методов диагностики и лечения сочетанной травмы живота, что позволит улучшить результаты лечения таких больных.

Список использованной литературы

1. Азизов М.Ж. Состояние и пути профилактики дорожно-транспортного травматизма в Республике Узбекистан / М.Ж. Азизов // Вестн. экстренной мед. – 2010. – № 2. – С. 7.
2. Валиев Э.Ю. Некоторые

положения использования медицинских терминов при механических повреждениях / Э.Ю. Валиев // *Вестн. экстренной мед.* – 2010. – №2. – С. 8-9. 3. Пашаев А.А. Опыт диагностики и лечения больных с закрытой травмой живота / А.А. Пашаев, Р.А. Байчаров, С.П. Сутуринов // *Современная военно-полевая хирургия поврежденных.* – СПб, 2011. – С. 131-132. 4. Хаджибаев А.М. Выбор лечебно-диагностической тактики при закрытой сочетанной абдоминальной травме / А.М. Хаджибаев, Ю.М. Ахмедов, Х.К. Карабаев // *Современная военно-полевая хирургия поврежденных.* – СПб, 2011. – С. 175. 5. Malbrain M.L. Intra-abdominal pressure measurement techniques. In: Ivatury R., Cheabam M., Malbram M., Sugrue M. (eds) / M.L. Malbrain, F. Jones // *Abdominal Compartment Syndrome. Landes Bioscience, Georgetown, 2006.* – P. 19-68.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА

Резюме. В статье представлены результаты диагностики и лечения 57 больных с изолированными (12) и сочетанными (45) повреждениями желудка. Дооперационная диагностика поврежденного желудка при травме была возможна в 25,6% случаев. Повреждения передней стенки желудка обнаружено у 42 пациентов, задней – у 4 человек при торакоабдоминальных ранениях, обеих стенок органа – у 11 пострадавших. У большинства пострадавших было выполнено ушивание ран желудка (75%). На втором месте по частоте было ликвидация гематом при ушибе органа. Также были выполнены дренирующие операции, антрумэктомия или резекция 1/2 тела желудка, в одном случае была наложена временная декомпрессионная гастростома с помощью катетера фолея после ушивания разрыва в кардиальном отделе желудка. Эндоскопическое ушивание ран желудка ручным эндошвом или при помощи степлера было возможно у двух пострадавших. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 9 (15,8%) больных с разрывом всех слоев желудка. Необходимость в релапаротомии возникла у 5 человек. Умерли 3 из 5 повторно оперированных больных, все они имели сочетанную травму.

Ключевые слова: травма живота, диагностика, лечение.

MODERN AVAILABILITIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ABDOMINAL POLYTRAUMA

Abstract. The article presents the results of diagnostics and treatment of 57 patients with isolated (12) and associated (45) injuries of the stomach. Pre-operative diagnostics of stomach injuries was possible to make in 25,6% cases. Injuries of the anterior gastric wall was found in 42 patients, of the posterior one – in 4 individuals in case of thoracic-abdominal injuries, both gastric walls – in 11 victims. The majority of the patients underwent wound closure of the stomach (75%). Elimination of hematomas in case of contusion of the organ was on the second position of frequency. The following operations were also performed: drainage operations, antrumectomy or resection of 1/2 of the stomach, in one case temporary decompressive gastrostoma was applied by means of a catheter after rupture closure in the cardiac portion of the stomach. Endoscopic closure of stomach wounds by means of manual endosutures or by means of a stapler was possible to be performed in two victims. Complications after operations occurred in 9 (15,8%) patients with ruptures of all the layers of the stomach. Relaparotomy was essential for 5 individuals. 3 out of 5 re-operated died, all of them having a polytrauma.

Key words: injuries of the abdomen, diagnosis, treatment.

Samarcand's State Medical Institute (Samarcand)

Надійшла 04.04.2016 р.

Рецензент – проф. Шкварковський І.В. (Чернівці)