



О. Ю. Черкун, В. Д. Шейко,
Д. А. Ситнік, В. В. Кас'ян,
Я. В. Рибалка

Українська медична
стоматологічна академія,
м. Полтава

© Колектив авторів

МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ТЯЖКОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Резюме. Однією з актуальних сучасних медичних проблем є важка механічна поєднана травма, кількість якої з року в рік збільшується як по частоті, так і по тяжкості пошкоджень. З початку 90-х рр. у світі з'явилася тенденція до консервативного ведення нетяжкої травми паренхіматозних органів. В дослідження було включено 53 пацієнта, які були розділені на 2 групи. До першої групи увійшло 25 потерпілих – діагностика інтраабдомінальних пошкоджень потерпілим проводилася за допомогою діагностичного перитонеального лаважу. В другу групу віднесено 28 потерпілих – діагностика пошкоджень внутрішніх органів проводилася за допомогою УЗД згідно FAST-протоколу. В результаті проведеного дослідження встановлено, що застосування УЗД в динаміці за FAST-протоколом дозволило поліпшити результати лікування постраждалих з тяжкою краніоабдомінальною травмою, а саме уникнути невиправданих оперативних втручань у 64% хворих.

Ключові слова: краніоабдомінальна травма, FAST-протокол, поєднана травма, діагностичний перитонеальний лаваж

Вступ

Однією з актуальних сучасних медичних проблем є важка механічна поєднана травма (ПТ), кількість якої з року в рік збільшується як по частоті, так і по тяжкості пошкоджень. У загальній структурі травм мирного часу частка поєднаних пошкоджень варіює від 12 до 36 % [2, 4, 7-9]. Чумою 20-го століття називають автодорожній травматизм. Щорічно в світі в результаті автодорожніх пригод більше 10 мільйонів чоловік отримують важкі механічні травми, до того ж, у світі не зменшується кількість природних катастроф. Летальність при важкій ПТ у світі варіює від 23,3 до 85 % [2, 4, 6]. За даними світової статистики, травма як причина смерті серед пацієнтів молодше 50 років займає перше місце [6-9].

Важка ПТ голови і живота є однією з найбільш важких і невіршених проблем медицини і має величезне соціальне значення, як у силу своєї поширеності, так і великого відсотку незадовільних результатів лікування [5, 9].

При поєднаній травмі тяжкість стану постраждалих визначається не простою сумою ушкоджень, а рядом взаємно впливаючих один на одного патофізіологічних процесів – їх прийнято називати «синдромом взаємного обтяження». Складність діагностики пошкоджень живота у пацієнтів із закритою ЧМТ полягає в тому, що, по-перше, симптоми ушкоджень можуть бути відсутніми, бувають стертими або, навпаки, за відсутності пошкоджень органів черевної порожнини з'являється клінічна симптоматика внутрішньочеревного пошкодження [2, 8].

Кількість невиправданих лапаротомій, при яких ознак триваючої кровотечі не виявлено, а пошкодження органів черевної порожнини не є небезпечними для життя, становить 7-28,6 % [5]. Крім того, у 20-25 % випадків виявляються ушкодження органів живота, які могли б бути усунені не в екстреному порядку або зовсім не вимагали хірургічного втручання [1].

З початку 90-х рр. у світі з'явилася тенденція до консервативного ведення нетяжкої травми паренхіматозних органів. Так, згідно Американської Асоціації Хірургії Травми (AAST), всі пошкодження 1-2 ступеня (для кишечника – 1 ступеня) життю хворого не загрожують і можуть лікуватися консервативно, в той час як травма 3-5 ступеня (для кишечника – 2-5 ступеня) представляє серйозну небезпеку і вимагає термінового хірургічного втручання [3].

Підвищення надійності сучасних діагностичних методик створило тенденцію до консервативного лікування пошкоджень органів черевної порожнини [3, 9]. Однак до цього часу чітких показань до проведення консервативного лікування постраждалих з пошкодженнями живота при ПТ не розроблено.

Мета дослідження

Визначити оптимальну тактику лікування хворих з поєднаною травмою живота та тяжкою ЗЧМТ.

Матеріали та методи досліджень

Проведено аналіз результатів лікування 53 пацієнтів з поєднаною травмою голови і живота за період з 2008 по 2013 роки на базі ОКЛ

ім. М. В. Скліфосовського (Полтава). Більшість склали чоловіки – 42 (79,2 %), жінок було 11 (20,8%). Скоріше за все, така різниця пояснюється етіологічним фактором, адже 44 випадки (82,7%) складають травми отримані внаслідок дорожньо-транспортних пригод чи кататравми.

Тяжкість анатомічних пошкоджень при ПТ оцінювали по шкалі ISS. У постраждалих з краніоабдомінальною травмою середнє значення становило (30,85±1,67) бали (5-57 балів). Тяжкість стану визначали за шкалою APACHE II: середній показник (7,64±0,51) бали (5-14 балів).

Всі пацієнти були обстежені згідно наказу МОЗ України № 297 від 2 квітня 2010 року. Ультразвукове обстеження виконувалося на апараті MEDISON 8000, комп'ютерна томографія на апараті Siemens CS8000.

Пацієнти були поділені на 2 групи, в залежності від тактичного підходу до діагностики та лікування абдомінальної травми.

1 група – порівняння. Діагностика інтраабдомінальних пошкоджень потерпілим проводилася за допомогою діагностичного перитонеального лаважу (ДПЛ). В цю групу увійшло 25 потерпілих (чоловічої статі – 20 (80 %)). Вік складав від 18 до 62 років (середній вік – (35,3±2,54) роки). Тяжкість пошкоджень по шкалі ISS від 14 до 57 балів (середня – (31,1±2,21) бали), тяжкість стану по шкалі APACHE II від 5 до 14 балів (середня (7,5±0,73) балів).

2 група – основна. В цю групу увійшло 28 пацієнтів, яким діагностика пошкоджень внутрішніх органів проводилася за допомогою УЗД згідно FAST-протоколу. В цю групу увійшло потерпілих чоловічої статі – 22 (78,6 %), жіночої – 6 (21,4 %). Вік складав від 16 до 65 років (сер. – (34,4±3,21) роки). Тяжкість пошкоджень по шкалі ISS від 5 до 57 балів (сер. – (30,52±2,58) бали), тяжкість стану по шкалі APACHE II від 5 до 14 балів (сер. – (7,8±0,73) бали).

Таблиця

Характеристика лікувально-діагностичних груп в залежності від вибору хірургічної тактики у пацієнтів з поєднаною травмою голови і живота

Показник	Порівняння	Основна
Кількість,	25	28
Середній вік (років)	35.3+/- 2.54	34.4+/-3.21
Стать ч/ж (%)	20/5 (80/20)	22/6 (78.6/21.4)
ISS (бали)	31.1+/-2.21	30.52+/- 2.58
APACHE II (бали)	7.5+/-0.73	7.8+/-0.73

Таким чином групи співставні як за статтю і віком, так і за тяжкістю пошкоджень.

Результати досліджень та їх обговорення

У 9 пацієнтів (36 %) групи порівняння, яким виконувався ДПЛ, виявлено що він був позитивним. Негативним ДПЛ був виявлено у 16 потерпілих (64 %).

Всім потерпілим, в яких ДПЛ був позитивним виконувалося оперативне втручання – лапаротомія, ревiзiя органiв черевної порожнини, усунення джерела кровотечi.

У 7 пацієнтів (77,8 %), оперативне втручання було невід'ємним етапом реанімаційних заходів, тому що при ревiзiї були виявленi тяжкi травми паренхіматозних органiв (IV–V ступеню), чiтко встановлено джерело триваючої кровотечi та наявнiсть свiжої кровi (згусткiв). Такi операцiї вважали виправданими, i ДПЛ вважався iстинно позитивним. У 2 пацієнтів (22,2 %), у яких ДПЛ був позитивним, при лапаротомiї джерела триваючої кровотечi чи наявностi свiжої кровi в черевнiй порожнинi виявлено не було. У даних пацієнтiв виявили пошкодження внутрiшнiх органiв I-II ст. Такi операцiї вважали невиправданими, незважаючи на те, що ДПЛ був позитивним.

Пацієнти, у яких першочергово ДПЛ був негативний, залишалися під спостереженням. Як наслідок, 14 потерпілих (87,5 %) оперативного втручання не потребували, і їм було видалено дренажну трубку на 3 добу. У цьому випадку ДПЛ вважався істинно негативним.

У 2 потерпілих (12,5 %) – на фоні негативного ДПЛ, стан погіршувався, з'являлися розлади гемодинаміки. Дані хворі потребували оперативного втручання, під час яких було виявлено пошкодження внутрішніх органів (III-IV ст.) і наявність підтікання свіжої крові, незважаючи на те, що ДПЛ був негативним.

У пацієнтів основної групи, негативний FAST (FAST-) було виявлено у 6 пацієнтів (21,5 %). Гемодинамічно стабільних пацієнтів було 5 (83,3 %). Ці пацієнти потрапляли під динамічне спостереження хірурга та отримували консервативне лікування, а проведе УЗД дослідження через 6 годин, на наступний день та через 3 дні дозволяло повністю виключити загрожує життю пошкодження внутрішніх органів. Гемодинамічно нестабільний був 1 (16,7 %) пацієнт. Йому було виконано ДПЛ – ознак триваючої кровотечі виявлено не було, і цього пацієнта передали під нагляд хірурга.

Позитивним FAST (FAST+) було діагностовано у 22 (78,5 %) потерпілих основної групи. Гемодинамічно стабільних пацієнтів було 18 (81,8 %). Цим пацієнтам виконувалася КТ органів черевної порожнини, за результатами якої ознак триваючої кровотечі виявлено не було, і пацієнти переходили під динамічний нагляд хірурга і лікувалися консервативно.

Гемодинамічно нестабільних пацієнтів з FAST+ було 4 (18,9 %). Всім цим пацієнтам виконувалося термінове оперативне втручання. Під час лапаротомії, при ревiзiї, у даних пацієнтiв було виявлено пошкодження внутрiшнiх органiв III-V ступеня, з наявнiстю свi-



жої крові та згустків біля пошкоджених органів. Тобто було чітко встановлено джерело кровотечі, і виявлено що вона не зупинилася. Такі операції вважали виправданими.

Порівнюючи оперованих пацієнтів у групі порівняння (І група – 9 пацієнтів) та основній групі (ІІ група – 4 пацієнта), було встановлено, що в основній групі всі 4 операції (100 %) були виправданими. Тоді як в групі порівняння виправданими були 7 операцій (77,8 %) і невиправданими – 2 оперативних втручання (22,2 %). Це дає змогу зробити висновок, що пошкодження внутрішніх органів у пацієнтів з поєднаною травмою живота та ЗЧМТ важко діагностувати виключно за допомогою ДПЛ.

Беручи до уваги первинно неоперованих пацієнтів, у групі порівняння, 2 потерпілим (12,5 %) – на фоні первинно негативного ДПЛ, оперативне втручання виявилось потрібним (ДПЛ – хибно негативний). Тоді як у основній групі всім 24 (100 %) пацієнтам, яким діагностика внутрішньочеревних по-

шкоджень проводилася за допомогою FAST-протоколу, вдалося уникнути екстреного оперативного втручання.

Висновки

1. Тяжкі пошкодження органів черевної порожнини, що потребують негайного оперативного втручання, були виявлені у пацієнтів з поєднаною травмою живота та голови у 24,5 % випадках.

2. Діагностика пошкоджень внутрішніх органів у пацієнтів з поєднаною травмою живота та ЗЧМТ значно утруднена, про що свідчить 15,3 % невиправданих оперативних втручань та вчасно не діагностовані пошкодження внутрішніх органів майже у 4 % випадках.

3. Застосування динамічного УЗД за FAST-протоколом дозволило поліпшити результати лікування постраждалих з тяжкою краніоабдомінальною травмою, а саме уникнути невиправданих оперативних втручань у 64 % хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агаджанян В. В. Политравма / В. В. Агаджанян. – Новосибирск : Наука. – 2003. – 492 с.
2. Бардонов В. Д. Анализ летальности при сочетанных травмах в условиях промышленного города : Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. Матер. Первого съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока (Улан-Удэ, 22-24 июня 2005 г.). / В. Д. Бардонов, В. Б. Хитрихеев, М. И. Бальхаев. – Иркутск, 2005. – № 3, – С. 111-112.
3. Бокарев М.И. Лечебно-диагностическая тактика у пациентов с сочетанной травмой таза и живота : дисс. ... док. мед. наук. / М. И. Бокарев. – М., 2006. – С. 190.
4. Бондаренко А. В. Госпитальная летальность при сочетанной травме и возможности ее снижения / А. В. Бондаренко, В. А. Пелеганчук, А. А. Герасимов // Вестн. травматол. ортопед. – 2004. – № 3. – С. 49-52.
5. Брискин Б. С. Повреждение живота в мирное время / Б. С. Брискин, Г. М. Смаков, Ю. А. Романов // Актуальные вопросы неотложной хирургии (перитонит, повреждение живота). Сб. науч. тр. Том 125.М. НИИСП им. Н. В. Склифосовского. – 1999. – С. 123-125.
6. Кинос Н. А. Характер и причины дорожно-транспортных травм у взрослого сельского населения / Н. А. Кинос // Анналы травматологии и ортопеди – 1996. – №3. – С 38-42.
7. Колесников Ю.П. Система мероприятий по организации медицинской помощи на догоспитальном этапе при дорожно-транспортных происшествиях / Ю. П. Колесников, С. Г. Исманский // Анн. травматологи и ортопеди. – 1995. – № 3. – С. 22-24.
8. A statewide, population based time-series analysis of the increasing frequency of nonoperative management of abdominal solid organ injury / R. Rutledge, J. P. Hunt, C. W. Lentz, C. C. Baker [et al.] // Ann. Surg. – 1995. – Vol. 222. – № 3. – P. 311-326.
9. Shih H.C. Noninvasive evaluation of blunt abdominal trauma: prospective study using diagnostic algorithms to minimize nontherapeutic laparotomy / H. C. Shih, Y. S. Wen, T. J. Ko // World J. Surg. – 1999. – P. 265-269.



ВОЗМОЖНОСТИ
КОРРЕКЦИИ
ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ
У ПОСТРАДАВШИХ
С ТЯЖЁЛОЙ
КРАНИОАБДОМИНАЛЬНОЮ
ТРАВМОЙ

*А. Ю. Черкун, В. Д. Шейко,
Д. А. Сытник, В. В. Касьян,
Я. В. Рыбалка*

Резюме. Одной из актуальных современных медицинских проблем является тяжелая механическая сочетанная травма, количество которой из года в год увеличивается как по частоте, так и по тяжести повреждений. С начала 90-х гг. в мире появилась тенденция к консервативному ведению нетяжёлой травмы паренхиматозных органов. В исследование было включено 53 пациента, разделенных на 2 группы. В первую группу вошли 25 больных — диагностика интраабдоминальных повреждений пострадавшим проводилась с помощью диагностического перитонеального лаважа. Во вторую группу отнесены 28 пострадавших — диагностика повреждений внутренних органов проводилась с помощью УЗИ согласно FAST-протоколу. В результате проведенного исследования установлено, что применение УЗИ в динамике согласно FAST-протоколу позволило улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой краниоабдоминальной травмой, а именно избежать неоправданных оперативных вмешательств у 64 % больных.

Ключевые слова: *краниоабдоминальна травма, FAST-протокол, сочетанная травма, диагностический перитонеальный лаваж.*

POSSIBLE CORRECTION
TACTICS OF TREATMENT
PATIENTS WITH SEVERE
CRANIOABDOMINAL
INJURY

*A. Y. Cherkun, V. D. Sheyko,
D. A. Sytnik, V. V. Kasian,
Ya. V. Rybalka*

Summary. One of the current modern medical problems are severe multisystem mechanical injury, which amount from year to year increases both in frequency and in severity of injuries. Since the early 90's. in the world, there is a tendency for conservative management of minor injuries parenchymatous organs. The study included 53 patients, who were dividing into 2 groups. In the first group consisted of 25 victims - diagnosis of intraabdominal injury victims was carrying out using a diagnostic peritoneal lavage. The second group included 28 injured - diagnosing internal injuries was carrying out using ultrasound according to the FAST Protocol. The study has found that the use of ultrasound in the dynamics on the FAST Protocol has improved the results of treatment for those with severe craniocardinal injury, namely to avoid unnecessary surgical interventions in 64% of patients.

Key words: *craniocardinal trauma, FAST Protocol, multisystem injury, diagnostic peritoneal lavage.*