



В. І. Десятерик,
С. П. Міхно,
М. Б. Богатирьов,
Є. І. Третяк

СТРУКТУРА ТА ХАРАКТЕРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПОСТТРАВДАЛИХ ПОЄДНАНОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

КЗ «Дніпропетровська медична
академія МОЗ України»

© Колектив авторів

Резюме. Проведено аналіз частоти, причин та структури розвитку післяопераційних ускладнень у пацієнтів з поєднаною абдомінальною травмою. Релaparатомію застосовано у 6,4 % пацієнтів з поєднаними ушкодженнями органів черевної порожнини. У структурі післяопераційних ускладнень переважали такі як післяопераційний перитоніт, внутрішньочеревна кровотеча, післяопераційний панкреатит. Діагностика післяопераційних ускладнень в умовах політравми суттєво нівелюється загальним тяжким станом постраждалих, що потребує від лікарів особливої уваги для їх ранньої діагностики та застосування сучасних діагностичних технологій. Застосування своєчасної релaparатомії при таких ускладненнях дозволило знизити післяопераційну летальність до рівня 15,2 %.

Ключові слова: поєднана абдомінальна травма, «синдром неадекватного протікання післяопераційного періоду», релaparатомія.

Вступ

Зростання кількості хірургічних втручань на органах черевної порожнини, пов'язаних з поєднаними ушкодженнями живота породжує проблему релaparатомій, як засобу корекції післяопераційних ускладнень. Післяопераційні ускладнення спостерігаються у 6–10 % пацієнтів оперованих на органах черевної порожнини, а при важких ушкодженнях органів живота в поєднанні з ушкодженням інших органів, їх кількість значно зростає (до 54 %). Вказані ускладнення потребують релaparатомій у 67–76 % пацієнтів. При цьому показники летальності при лапаротоміях залишаються стабільно високими (30–60 %) [3, 6].

На незадовільні результати хірургічного лікування поєднаної абдомінальної травми впливають помилки в діагностиці та лікуванні, пов'язані з відсутністю єдиної тактики по деяким вузловим питанням цієї проблеми. Не до кінця вивчено питання профілактики важких післяопераційних ускладнень: післяопераційних кровотеч, неспроможності швів та анастомозів шлунково-кишкового тракту, травматичних панкреатитів, післяопераційної кишкової непрохідності. Труднощі діагностики післяопераційних ускладнень та встановлення показань до релaparатомії пов'язані з об'єктивним (атипова клініка та наявність поєднаних важких ушкоджень), та суб'єктивними причинами (психологічний негативний бар'єр до повторного хірургічного втручання як у лікаря, так і пацієнта та його родичів) [2, 5]. Атипове протікання післяопераційних ускладнень, затримка в їх діагностиці та повторному хірургічному втручанні у

17–48 % випадків є причиною незадовільних наслідків.

Мета дослідження

Виявлення частоти релaparатомій при поєднаній абдомінальній травмі, аналіз причин та показань до необхідності повторного хірургічного втручання, визначення оптимального діагностично-лікувального алгоритму.

Для виконання діагностичної програми використовувались загальні лабораторні та біохімічні методи дослідження крові, ультразвукова діагностика (УЗД), ендоскопічні технології (лапароскопія), визначення внутрішньочеревного тиску. Лікувальна тактика залежала від виду інтраабдомінального ускладнення.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз лікування 514 пацієнтів з поєднаною абдомінальною травмою, які знаходились на лікуванні у відділенні політравми клінічної бази кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО Дніпропетровської медичної академії за період 2009–2013 рр.

Результати досліджень та їх обговорення

Із 514 пацієнтів із поєднаною абдомінальною травмою для лікування післяопераційних ускладнень релaparатомія застосована у 33 (6,4 %). Серед них 24 (72,7 %) чоловіка та 9 (27,3 %) жінок. За віком переважали працездатні пацієнти від 18 до 40 років — 22 (66,7 %). Серед ускладнень, які потребували повторного хірургічного втручання у 5 (15,2 %) пацієнтів спостерігалась післяопераційна кровотеча; у 7 (21,2 %) — ускладнений післятравматичний панкреатит;



у 10 (30,3 %) — гостра кишкова непрохідність; у 6 (18,2 %) — неспроможність швів та анастомозів шлунково-кишкового тракту; у 3 (9 %) — евентрація органів черевної порожнини; у 2 (6,1 %) — некроз ділянки кишківника внаслідок сегментарного тромбозу судин брижжі.

Причиною післяопераційних кровотеч у 3 випадках були прогресуючі заочеревинні гематоми з проривом у черевну порожнину, в одному випадку — кровотеча із швів ушкодження селезінки при органозберігаючому її лікуванні, ще в одному випадку — із ушитих ран травмованої печінки. Як правило післяопераційні кровотечі діагностовано на протязі 1–3 діб з моменту первинного втручання. Діагностика вказаних ускладнень не складала труднощів, так як проявилась виділенням крові через прицільно встановлені дренажі черевної порожнини і клінічними і лабораторними ознаками внутрішньої кровотечі (нестабільність гемодинаміки, погіршення гематологічних показників). Вагомим допоміжним методом діагностики в даних випадках служило ультразвукове дослідження (УЗД) з виявленням «синдрому кровотечі у черевну порожнину»: наявність рідини в «зоні зацікавленості». Лікувальна тактика полягала у виконанні ревізії джерела кровотечі, виконанні остаточного гемостазу із використанням сучасних технологій (біологічна зварка тканин, матеріали для місцевого гемостазу), дренажу «зони зацікавленості» [1, 4].

У 3 пацієнтів спостерігалось післяопераційне ускладнення у вигляді евентрації органів черевної порожнини III ступеня за класифікацією К. Д. Тоскіна і В. В. Жебровського. При цьому у всіх випадках причиною сталі ускладнені протікання заживання лапаротомної рани на фоні післяопераційного перитоніту та застосування програмованої лапаростомії. Розвиток вказаних ускладнень спостерігався у межах 7–10 діб від первинного втручання. Діагностика такого ускладнення полягала у своєчасному реагуванні на місцеві зміни у зоні післяопераційної рани (активне промокання пов'язки, посилення болю в рані, погіршення загального стану пацієнта).

У більшості пацієнтів (25 із 33) показаннями до релапаратомії були ознаки перитоніту, причиною якого були або прогресування патологічних процесів у зоні ушкодження (як при посттравматичному панкреатиті, тромбозі судин брижжі з некрозом стінки кишки), або у зоні хірургічної маніпуляції (неспроможність

швів та анастомозів шлунково-кишкового тракту, злукова непрохідність).

Основним діагностичним критерієм даного виду ускладнень є виявлення «синдрому неадекватного протікання післяопераційного періоду» [2]: прогресування інтоксикації та поліорганної недостатності, стійкий парез кишківника, зростання «синдрому абдомінальної компресії». У пацієнтів з поєднаною абдомінальною травмою, особливо з ушкодженнями головного і спинного мозку, поширених скелетних травмах, ведучими методами діагностики вказаного синдрому виступають допоміжні методи (УЗД, лабораторний моніторинг та динамічний контроль внутрішньочеревного тиску). При появі ознак неадекватного протікання післяопераційного періоду невідкладно проводилась корекція інтенсивної терапії та виконувався алгоритм поглибленого пошуку інтраабдомінального ускладнення. При цьому важливою умовою є тісний контакт лікаря-хірурга з лікарем-діагностом і чіткою постановою клінічного завдання перед останнім. Розвиток таких ускладнень характерний для 5–7 доби післяопераційного періоду.

Релапаратомія виконувалась бригадою у складі ведучого хірурга та обов'язковою участю лікаря, який виконував перше втручання. Обсяг втручання полягав у корекції причини ускладнення за загальними стандартами та протоколами, обов'язковим виконанням інтубації кишківника, адекватного і мало травматичного дренажу черевної порожнини.

Померло 5 (15,2 %) пацієнтів. Основна причина летальності — прогресування поліорганної недостатності на фоні розвитку посттравматичного абдомінального сепсису.

Висновки

1. Клінічна картина розвитку післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень в умовах політравми суттєво нівелюється загальним тяжким станом постраждалих, що потребує від лікарів особливої уваги для їх ранньої діагностики.

2. У постраждалих з ушкодженнями органів черевної порожнини на тлі політравми частіше мають місце такі ускладнення як післяопераційний перитоніт, рання внутрішньочеревна кровотеча, післяопераційний панкреатит.

3. Своєчасна діагностика ускладнень та адекватний обсяг втручання під час релапаратомії в умовах політравми мала результат післяопераційної летальності 15,2 %.



ЛІТЕРАТУРА

1. Абакумов М. М. Повреждение живота при сочетанной травме / М. М. Абакумов, Н. В. Лебедев, В. И. Малиарчук — М.: Медицина, 2005. — 176с.
2. Горшков С. З. Закрытые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства / С. З. Горшков — М. : Медицина, 2005. — 224 с.
3. Демченко В. И. Релапаротомия в лечении осложнений послеоперационного периода : автореф. дисс. на соиск. учен. степени канд. мед. наук / В. И. Демченко. — Новгород, 2010. — 18 с.
4. Релапаротомия: клинические, стратегические и организационные аспекты / В. И. Десятерик, Ю. М. Кривицкий, С. П. Михно [и др.] // Клин. хир. — 2000. — № 7. — С. 35–38.
5. Урман М. Г. Травма живота / М. Г. Урман — Пермь : ИПК «Звезда», 2003. — 259 с.
6. Хирургия абдоминальных повреждений / [Тимербулатов В. М., Фаязов Р. Р., Хасанов А. Г. и др.]. — М. : МЕД-пресс-информ, 2005. — 256 с.

СТРУКТУРА И ХАРАКТЕРЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

В.И. Десятерик, С.П. Михно, М.Б. Богатырев, Е.И. Третьяк

Резюме. Проведен анализ частоты, причин и структуры развития послеоперационных осложнений у пациентов с сочетанной абдоминальной травмой. Релапаротомия применена у 6,4 % пациентов с сочетанными повреждениями органов брюшной полости. В структуре послеоперационных осложнений преобладали такие как послеоперационный перитонит, внутрибрюшное кровотечение, послеоперационный панкреатит. Диагностика послеоперационных осложнений в условиях политравмы существенно нивелируется общим тяжелым состоянием пострадавших, требует от врачей особого внимания для их ранней диагностики и применения современных диагностических технологий. Применение своевременной релапаратомии при таких осложнениях позволило снизить послеоперационную летальность до уровня 15,2 %.

Ключевые слова: *сочетанная абдоминальная травма, «синдром неадекватного протекания послеоперационного периода», релапаротомия.*

STRUCTURE AND CHARACTERISTIC OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ASSOCIATED ABDOMINAL TRAUMA

V. I. Desiaterik, S. P. Michno, M. B. Bogatiryov, Y. I. Tretyak

Summary. The analysis of frequency, reasons and structure of postoperative complications was held in patients with associated abdominal trauma. Re-laparotomy used in 6,4 % patients with abdominal trauma. Among postoperative complications the most often are postoperative peritonitis, intra-abdominal bleeding, postoperative pancreatitis. Diagnostic of postoperative complications in the department of multiple trauma significantly depends on severe condition of patients and requires particular attention of a doctor for its early diagnostic and usage of modern diagnostic technologies. In time laparotomy makes possible to decrease postoperative mortality to 15,2 %.

Key words: *associated abdominal trauma, postoperative complications, relaparotomy.*