

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПРИВОДУ ПОШКОДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ ПРИ ЗАКРИТІЙ ПОЄДНАНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ

Я. Л. Заруцький, В. М. Коваленко
Українська військово—медична академія, м. Київ

SURGICAL TREATMENT OF THE INJURED PERSONS, SUFFERING SPLENIC TRAUMA IN THE CLOSED COMBINED ABDOMINAL TRAUMA

Ya. L. Zarutskiy, V. M. Kovalenko

При політравмі поєднану абдоминальну травму відзначають у 30 — 70% постраждалих [1]. Частота пошкодження селезінки при поєднаній абдоминальній травмі становить 13,6 — 56,0%. В структурі травми селезінки закриті пошкодження становить 47 — 94%, відкрите — 5,9 — 20% [2]. Поєднані пошкодження селезінки діагностують у 65,8% постраждалих, множинні — у 15,7%, ізольовані — у 18,5% [3, 4]. Частота ускладнень у постраждалих при пошкодженні селезінки за поєднаної абдоминальної травми становить 32,3 — 88% [1]. В найближчому періоді після здійснення спленектомії частота ускладнень становить від 15,7 до 34,5%, летальність — 16 — 30% [5]. Виконання органозберігальних операцій при пошкодженні селезінки забезпечує зменшення частоти ускладнень у 2,2 разу у порівнянні з такою після спленектомії [6]. За даними літератури, органозберігальні операції на селезінці виконують у 54,3% постраждалих, спленектомію — у 99% [7 — 9]. Велика частота виконання спленектомії, значна частота ускладнень та летальності, питання визначення тяжкості травми, обсягу діагностичних заходів та оперативного втручання, суперечливі думки щодо доцільності виконання органозберігальних операцій на селезінці у постраждалих при ЗПАТ не вирішені, що і зумовило зміст цього дослідження.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для визначення нозологічної структури проведений аналіз клініч-

Реферат

Представлені результати лікування постраждалих з приводу пошкодження селезінки при закритій поєднаній абдоминальній травмі (ЗПАТ) залежно від її тяжкості та ступеня пошкодження селезінки.

Ключові слова: політравма; травма селезінки; тяжкість травми; ускладнення; органозберігальні операції.

Abstract

The results of treatment of the injured persons, suffering splenic injury, in closed combined abdominal trauma, depending on its severity and the splenic injury degree, are presented.

Key words: polytrauma; splenic injury; severity of trauma; complications; organpreserving operations.

ного матеріалу за період з 2006 по 2012 р. До основної групи включені 102 постраждалих, у яких виникло пошкодження селезінки при ЗПАТ, у лікуванні застосований диференційований підхід до обсягу операції залежно від тяжкості травми та ступеня пошкодження селезінки. До контрольної групи увійшли 126 постраждалих, при лікуванні яких застосовували повний обсяг діагностичних та оперативних заходів, незалежно від тяжкості травми.

Вік постраждалих у середньому (32,64 ± 4,29) року. В контрольній групі чоловіків було 98 (77,8%), жінок — 28 (22,2%); в основній — відповідно 77 (75,2%) та 25 (24,5%).

Причиною ЗПАТ були: дорожно—транспортна пригода — у 65 (51,6%) постраждалих контрольної групи та 56 (54,9%) — основної групи, кататравма — відповідно у 42 (33,3%) та 26 (25,5%), побиття — у 19 (15,1%) та 20 (19,6%).

ЗПАТ з пошкодженнями двох, трьох або чотирьох анатомо—функціональних ділянок (АФД) в контрольній та основній групах виявляли майже з однаковою частотою — відповідно у 42 (33,3%) та 36

(28,3%), 41 (32,5%) та 31 (30,4%), 33 (32,4%) та 34 (33,3%) постраждалих. Пошкодження 5 АФД відзначали рідко — у 7 (5,6%) постраждалих контрольної групи та 4 (3,9%) — основної.

Найбільш часто виявляли пошкодження селезінки III ступеня — відповідно у 35 (27,8%) та 31 (30,4%) постраждалих, рідше V ступеня — у 11 (8,7%) та 12 (11,8%).

Пошкодження селезінки найчастіше локалізувалось у нижньому полюсі — у 53 (42,0%) та 47 (46,1%) постраждалих, рідше — на діафрагмальній поверхні — у 18 (14,3%) та 15 (14,7%).

У структурі пошкодження внутрішніх органів при ЗПАТ частіше виявляли пошкодження печінки — у 43 (34,1%) та 42 (41,2%) постраждалих контрольної та основної груп; порожнистих органів — відповідно у 37 (29,4%) та 26 (25,5%).

Пошкодження одного органа виявлене у 37 (29,4%) і 26 (25,5%) постраждалих контрольної та основної груп, двох — у 53 (42,1%) і 41 (40,2%), трьох — у 22 (17,5%) і 21 (20,5%), чо-

тирьох — у 10 (7,9%) і 11 (10,8%), п'яти — у 4 (3,2%) і 3 (2,9%).

У 74 (58,7%) постраждалих контрольної групи виявлені 86 пошкоджень черепа і головного мозку, у 57 (55,9%) постраждалих основної групи — 67.

Пошкодження грудей у постраждалих при ЗПАТ посідали перше місце за частотою — у 109 (86,51%) контрольної групи та у 92 (90,19%) — основної групи.

При ЗПАТ переломи кісток таза в контрольній групі відзначені у 29 (23,02%) постраждалих, в основній групі — у 27 (26,5%); скелетна травма — у 45 (35,71%) і 36 (35,29%).

В стані травматичного шоку I ступеня госпіталізовані 30 (23,8%) і 16 (15,7%) постраждалих, II ступеня — 39 (31%) і 16 (15,7%), III ступеня — 45 (35,7%) і 41 (40,2%). У 9 (7,1%) постраждалих контрольної групи та 5 (4,9%) — основної групи шоку не було.

Для оцінки тяжкості травми використовували шкалу ATTS (Anatomic Trauma Score [4]).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час госпіталізації постраждалих за шкалою ATTS відзначали: нетяжку травму — у 33 (32,4%), тяжку — у 44 (43,1%), вкрай тяжку — у 44 (41,2%).

Для інтенсифікації діагностичного процесу виділений необхідний і достатній обсяг діагностичних заходів залежно від тяжкості травми (за шкалою ATTS).

В основній групі у 5 (4,9%) постраждалих за нетяжкої травми без ознак шоку діагностичні заходи здійснені у повному обсязі в приймальному відділенні: аналіз скарг, даних анамнезу, об'єктивне обстеження, аналізи крові та сечі, інструментальні методи (рентгенографія, ультразвукове дослідження — УЗД, комп'ютерна томографія — КТ, електрокардіографія — ЕКГ), огляд суміжних спеціалістів.

У 51 (50,0%) постраждалого за нетяжкої та тяжкої травми, шоку I і II ступеня діагностичні заходи здійснювали у скороченому обсязі в протишоківій палаті після поперед-

ньої катетеризації центральних вен та сечового міхура поряд з протишоківими заходами. Обсяг обстеження включав об'єктивні дані, аналізи крові та сечі. При стабілізації показників гемодинаміки в протишоківій палаті проводили скринінговий пошук — рентгенографію, УЗД, КТ. Постраждалих за нестабільних показників гемодинаміки після проведення мінімальних діагностичних заходів направляли в операційну.

У 46 (45,1%) постраждалих за вкрай тяжкої травми та шоку III ступеня діагностичні заходи здійснювали в мінімальному обсязі в операційній. Обсяг обстеження включав аналізи крові та сечі, катетеризацію центральних вен, сечового міхура, діагностичну торакопункцію, лапароцентез. Рентгенографію пошкоджених АФД проводили під час операційної паузи або в реанімаційному відділенні після виконання оперативного втручання.

Обсяг і методи оперативного лікування постраждалих основної групи обирали на підставі оцінки тяжкості травми (за шкалою ATTS), у постраждалих контрольної групи — оперативне лікування проводили незалежно від тяжкості їх стану.

В контрольній групі обсяг операцій на всіх пошкоджених АФД був повним, при травмі селезінки спленектомія виконана у 120 (95,24%) постраждалих, органозберігальні операції — у 6 (4,76%) при пошкодженні селезінки I ступеня (за шкалою ATTS).

В основній групі обсяг операцій залежав від ступеня пошкодження селезінки за класифікацією AAST (American Association for the Surgery of Trauma). Пошкодження I ступеня відзначене у 17 (16,7%) постраждалих, II ступеня — у 19 (18,6%), III ступеня — у 31 (30,4%), IV ступеня — у 23 (22,5%), V ступеня — у 12 (11,8%).

Органозберігальні операції за нетяжкої травми виконані у 26 (78,79%) постраждалих, тяжкої — у 13 (29,54%), вкрай тяжкої — у 4 (16,0%). Спленектомія за нетяжкої травми виконана у 7 (21,21%) постраждалих, тяжкої — у 31 (70,46%), вкрай тяжкої — у 21 (84,0%).

При пошкодженні селезінки I ступеня (за класифікацією AAST) в усіх постраждалих вдалося її зберегти.

При пошкодженні селезінки II ступеня органозберігальні операції виконані у 17 (89,47%) постраждалих, у 2 (10,53%) — за тяжкої травми та нестабільних показників гемодинаміки здійснено спленектомію.

При пошкодженні селезінки III ступеня органозберігальні операції виконані у 9 (29,03%) постраждалих; у 22 (70,97%) — за тяжкої травми, нестабільних показників гемодинаміки або безуспішній спробі припинити кровотечу з рани селезінки здійснено спленектомію.

При пошкодженні селезінки IV і V ступеня в усіх постраждалих виконано спленектомію.

Таким чином, з 102 постраждалих основної групи селезінку вдалося зберегти у 43 (42,16%).

Для припинення кровотечі використовували аргоноплазмову коагуляцію, електрозварювання та спленорафію.

При пошкодженні селезінки I ступеня (за класифікацією AAST) кровотечу з рани селезінки припиняли шляхом аргоноплазмової коагуляції у 4 (3,92%) постраждалих, електрозварювання — у 10 (9,80%), у 3 — операцію на селезінці не виконували через відсутність кровотечі. Цим хворим проведене консервативне лікування травми селезінки.

При пошкодженні селезінки II ступеня для припинення кровотечі з рани селезінки здійснювали аргоноплазмову коагуляцію у 12 (11,76%) постраждалих, електрозварювання — у 3 (2,94%), зашивання — у 2 (1,96%). У 2 (1,96%) постраждалих за вкрай тяжкої травми (III ступеня за шкалою ATTS) та нестабільних показників гемодинаміки виконано спленектомію.

При пошкодженні селезінки III ступеня кровотечу з рани селезінки припиняли шляхом зашивання у 8 (7,84%) постраждалих. В 1 (0,99%) постраждалого за поперечного розриву нижнього полюсу селезінки здійснена його резекція з попереднім обробленням ранової поверхні шляхом аргоноплазмової ко-

агуляції, у 22 (21,57%) — виконано спленектомію.

При пошкодженні селезінки IV і V ступеня для припинення кровотечі з рани селезінки здійснено спленектомію — відповідно у 23 (22,55%) та 12 (11,76%) постраждалих.

Ускладнення у постраждалих при політравмі є скоріше правилом, ніж винятком.

З 126 постраждалих контрольної групи у 99 (78,57%) виникли 232 ускладнення травматичної хвороби, у середньому на кожного травмованого 1,84 ускладнення. Післяопераційні ускладнення спостерігали у 59 (46,83%) постраждалих. В структурі ускладнень частота післяопераційних ускладнень становила 20,27%, ускладнень клінічного періоду — 79,73%.

З 102 постраждалих основної групи у 82 (80,39%) виникли 168 ускладнень травматичної хвороби, у середньому на кожного постраждалого 1,65 ускладнення. Післяопераційні ускладнення відзначені у 28 (27,45%) постраждалих. В структурі

ускладнень частота післяопераційних ускладнень становила 14,29%, ускладнень клінічного періоду — 85,71%.

Отже, застосування диференційованої хірургічної тактики та сучасних методів гемостазу при пошкодженні селезінки у постраждалих при ЗПАТ забезпечило зменшення частоти ускладнень на 19,42%.

У контрольній групі померли 43 (34,13%) хворих, в основній — 26 (25,49%). Основною причиною смерті постраждалих контрольної та основної груп були крововтрата та травматичний шок — відповідно у 33 (26,19%) і 19 (18,63%), інфекційні ускладнення — у 7 (5,56%) і 4 (3,92%), поліорганна недостатність — у 3 (2,38%) і 3 (2,94%).

Летальність в основній групі зменшилася на 8,64%, що свідчило про доцільність застосування основної хірургічної тактики, основаної на оцінці тяжкості травми (за шкалою ATS) у гострому періоді травматичної хвороби.

ВИСНОВКИ

1. В структурі ЗПАТ ушкодження селезінки становлять 10,2 — 36,4%, його причиною є переважно дорожно—транспортна пригода — у 54,9%, побутовий травматизм — у 55,1% спостережень. Пошкодження селезінки I — III ступеня (за класифікацією AAST) виявлене у 65,7% постраждалих, тяжке пошкодження селезінки IV і V ступеня — відповідно у 22,5 та 11,8%.

2. За шкалою оцінки тяжкості анатомічного пошкодження (ATS) можливо оцінити тяжкість травми з пошкодженням селезінки при ЗПАТ і обґрунтувати обсяг обстеження й оперативного лікування, а також можливість виконання органозберігальних операцій.

3. Застосування диференційованої хірургічної тактики дозволило збільшити частоту виникнення органозберігальних операцій з 4,76 до 42,16%, зменшити частоту ускладнень на 19,42%, загальну летальність — на 8,64%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Патогенетические аспекты посттравматической иммунопалительной реакции / В. В. Агаджанян, И. М. Устьянцева, О. И. Хохлова, О. В. Петухова // Политравма. — 2009. — № 4. — С. 5 — 8.
2. Замятин П. М. Хірургічна тактика у постраждалих з політравмою при домінуючому ушкодженні паренхіматозних органів черевної порожнини / П. М. Замятин // Шпитал. хірургія. — 2004. — № 4. — С. 164 — 166.
3. Ермолов А. С. Общие вопросы оказания медицинской помощи при сочетанной травме / А. С. Ермолов // Хирургия. — 2003. — № 12. — С. 7 — 11.
4. Пат. 61359 Україна. МПК А 61 В 8/00. Спосіб анатомічної оцінки політравми / Я. Л. Заруцький, В. М. Денисенко, О. І. Жовтоножко [та ін.] (Україна). — Заявл. 17.05.11, опубл. 11.07.11. Бюл. № 13.
5. Заруцький Я. Л. Анатомічна оцінка тяжкості постраждалих із політравмою / Я. Л. Заруцький, О. І. Жовтоножко // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць Укр. військ.—мед. акад. — К., 2012. — Вип. 32. — С. 9 — 19.
6. Багдасарова Е. А. Тактика лечения поврежденных живота при сочетанной травме (патогенетическое обоснование): автореф. дис. ... д—ра мед. наук / Е. А. Багдасарова. — М., 2008. — 48 с.
7. Гуманенко Е. К. Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении / Е. К. Гуманенко // Материалы междунар. конф. "Новые технологии в военно—полевой хирургии и хирургии поврежденных мирного времени". — СПб.: Человек и здоровье, 2006. — С. 4 — 14.
8. Шапот Ю. Б. Современные способы оценки тяжести поврежденных и состояния пострадавших / Ю. Б. Шапот, А. У. Алекперли // Мед. вестн. МВД. — 2006. — № 3 (22). — С. 1 — 3.
9. Шихмагомедов А. З. Оптимальный способ лечения поврежденной селезенки с учетом изменений сосудисто—тромбоцитарного звена системы гемостаза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. З. Шихмагомедов. — М., 2011. — 23 с.

