УДК: 616.381-001-06, 616-002.3-089

С. А. Асланян

Українська військово-медична академія, Київ, Україна

ПРОГРАМОВАНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ, РЕЛАПАРАТОМІЯ І ПЛАНОВА РЕЛАПАРАТОМІЯ У ПОСТРАЖДАЛИХ З УШКОДЖЕННЯМИ ОРГАНІВ ЖИВОТА

В статті представлено досвід застосування програмованого хірургічного лікування, релапаратомій і планових релапаратомій на основі аналізу хірургічного лікування 1289 постраждалих з відкритими і закритими, ізольованими і поєднаними травмами живота під час роботи у госпіталі «АЗАЛ» (м.Сана'а, Ємен, Республіка) за період 1996-1999 рр.

Ключові слова: *ушкодження органів живота, ралапаротомія, програмоване етапне хірургічне лікування.*

Вступ

З метою адаптації іноземних дефініцій ів до україномовних визначень колективом кафедри воєнної хірургії Української військово-медичної академії було запропоновано вважати «Програмоване хірургічне лікування» (ПХЛ) аналогом англомовного «damage control surgery» [1]. На сучасному етапі розвитку хірургії застосування ПХЛ значно поширилось як при тяжких ізольованих, множинних та поєднаних пошкодженнях в абдомінальній, торакальній, судинній і нейрохірургії, урології, травматології, так і при паталогічних станах не пов'язаних з травмою (перитоніт, мезентеріальний тромбоз, та ін.). У зв'язку з цим у фаховій літературі поширюються публікації присвячені результатам застосування ПХЛ у різних галузях хірургії, уточненням і доповненням до показань, визначенням змісту таких його складових як велика і мала хірургічні паузи, способи завершення абдомінальної операції та ін. [1-12]. Це цілком природний процес, що потребує певного часу для того, щоб фахівці узгодили усі питання і досягли консенсусу. Так, в англомовній літературі містилося багато пропозицій стосовно назви цього виду хірургічного лікування, аж доки було не узгоджено «damage control surgery» [8]. В Російській Федерації процес пошуків назви оптимізованої до російськомовних визначень також відбувався тривалий час. Військові хірурги змінили декілька визначень і на цей час прийнято і вживається – «многоэтапное хирургическое лечение» [6,9]. Але ще багато питань цього сучасного напрямку хірургії, що має інтенсивний розвиток, потребують уточнень і узгоджень у фахівців. Наприклад, у фахових публікаціях різні автори детермінірують ПХЛ по різному: як методику [8], як тактику [6-7] і як технологію [3,4,8].

Матеріали та методи дослідження

Під час роботи у госпіталі «АЗАЛ»(1996-1999 рр.) було прооперовано 1298 постраждалих з відкритою 892 (68,7%) і закритою 406 (31,3%) травмами живота. Серед постраждалих з відкритою травмою живота 601 (46,3%) були з вогнепальними пораненнями і 291 (22,4%) з колоторізаними пораненнями. Серед 406 постраждалих із закритою травмою живота у 352 (27,1%) вона була отримана в наслідок дорожно-транспортної пригоди, у 44 (3,4%) –падіння з висоти і у 10 90,8%) – побутової травми. Значна кількість постраждалих з вогнепальними пораненнями пояснюється тим, що приблизно у 17 мільйонів умовно цивільного населення Ємену утримується більш ніж 77 мільйонів одиниць вогнепальної зброї і багато внутрішньородинних, міжродинних, міжкланових та інших проблем вирішується за її допомогою. Крім того, саме у цей період мали місце спалахи сепаратистської збройної активності у провінціях Са'ада та Маріб, які отримували адекватну відповідь з боку державних збройних сил Ємену. Постраждалі з цих провінцій доставлялися до Центрального вйськового госпіталю м.Сана'а, а коли цей госпіталь було перевантажено, то до госпіталю «АЗАЛ» або гелікоптерами, або колісним транспортом після надання первинної хірургічної допомоги у госпіталях міст Хадж, Хамр, Амран, Аль-Хазм. Інші постраждалі з вогнепальними пораненнями, що не мали відношення до спалахів збройних конфліктів з сепаратистами, доставлялись до госпіталю переважно колісними транспортними засобами або з міста пригоди, або з іншого лікувального закладу, де було надано медичну чи хірургічну допомогу у тому ж чи іншому обсязі. Служба швидкої медичної допомоги в Ємені відсутня але в державних і приватних госпіталях маються в наявності санітарні колісні транспортні засоби, включаючи реанімобілі, що застосовуються для перевозки хворих і постраждалих.

У 42 (3,2%) постраждалих з травмою живота була застосована тактика ПХЛ, з яких у 26 (2,0%) – початок її випровадження починався в інших госпіталях, а продовження було здійснено в госпіталі «АЗАЛ». Релапаротомії, які не були продовженням тактики ПХЛ, тобто не були заплановані

під час виконання попередньої операції було виконано у 112 (8,7%) постраждалих. Необхідно особливо підкреслити, що серед цих 112 постраждалих у 9 (0,7%) – релапаротомію було виконано після того, як вважалось, що тактику ПХЛ вже завершено, але через певний термін часу виникали показання до виконання саме релапаротомії. Тому, не зважаючи на те що тактику ПХЛ було застосовано у цих 9 постраждалих, вони все ж таки рахувались у групі пацієнтів, у яких ралапаротомію не пов'язувались з використанням тактики ПХЛ. Серед цих 9 постраждалих, під час виконання релапоротомії була визначена необхідність 4 (0,3%) пацієнтам виконувати ще одну тепер вже планову релапоротомію.

Летальність серед постраждалих, яким було застосовано тактику ПХЛ становила 66,7% (28 пацієнтів), а летальність в групі релапаротомій і слідкуючих за ними у ряді випадків планових релапаротомій але не пов'язаних з використанням тактики ПХЛ (112-9=103 постраждалих) дорівнювала 61,25% (63 постраждалих).

Результати та їх обговорення

Причинами релапаротомій у 103 постраждалих, яким не було застосовано тактику ПХЛ були: неспроможність швів порожнистих органів – 19(18,4%); спайкова кишкова непрохідність – 18(17,5%); продовжуваний після первинної операції невідокремлений перитоніт – 17(16,5%); абсцеси черевної порожнини – 12(11,7%); евентерація – 11(10,7%); неадекватний гемостаз і внутрішньочеревна кровотеча – 9(8,7%); внутрішньо-печінкові абсцеси – 6(5,8%); перфорація гострих виразок тонкої кишки – 5(1,9%); тромбоз брижових сосудів – 4(3,9%); абсцес селезінки – 2(1,9%).

Серед 9 постраждалих, у яких необхідність виконання релапаротомії виникла після завершення впровадження тактики ПЕХЛ причинами для цього були: гостра спайкова кишкова непрохідність – 4; перфорація гострих виразок тонкої кишки 2; тромбоз брижових сосудів – 1; панкреонекроз -1; абсцес черевної порожнини – 1.

Релапартоомії виконували у ріні терміни часу після першої операції від 1 до 19 діб., а планові релапаротомії (як санаційні, так і реконструктивні) виконували у термін від 24 до 96годин.

Провідними причинами смерті з боку черевної порожнини був прогресуючий перитоніт і як наслідок – сепсис. Синдром поліорганної недостатності розглядався нами як наслідок або перитоніту, або тяжкості отриманої травми. Можливим фактором у досягненні успіху лікування таких хворих – є фактор своєчасності виконання повторного операційного втручання. Показання до повторного оперативного втручання встановлюються консиліумом з участю хірурга, що виконував першу операцію. Виняток існував тільки для постраждалих, яким первинну операцію виконували в іншому лікувальному закладі – консиліум відбувався, частіше за все, без цього фахівця. Основними моментами, на яких зосереджували увагу при виконанні релапаратомій у хворих з післяопераційними ускладненнями були: санація черевної порожнини, аспірація патологічного вмісту та лаваж черевної порожнини, декомпресія травного каналу, стійкий гемостаз, усунення кишкової непрохідності, видалення некротичних тканин, відновлення цілісності порожнистих органів, забезпечення адекватного дренування черевної порожнини, системна антибактеріальна та імунокорегуюча терапія, нутрітивна, метаболічна та підтримуюча комплексна терапія.

При ралапаротоміях у у постраждалих з ушкодженнями органів черевної порожнини застосовували інтубацію тонкої кішки як через апендікостому, так і транс-нао-езофаго-гастральну. У клінічних випадках, коли передбачали проведення продовженої штучної вентиляції легенів, перевагу віддівали транс-назо-езофаго-гастральній інтубації тонкої кишки, оскільки відмова від апендікостоми зменшувала інтраопераційну травму у несприятливих умовах. У ряді випадків (продовжуваний після первинної операції невідокремлений перитоніт при гематомах брижі товстої кишки або при її десерозаціях) інтубацію тонкої кишки поєднували з транс-анальною інтубацією товстої кишки.

Висновки

1. Програмоване хірургічне лікування, релапаротомії і планові релапаротомії мають важливе значення у комплексному лікуванні постраждалих з відкритою і закритою, ізольованою і поєднаною травмою живота, як у мирний час, так і під час воєнних конфліктів.
2. Після завершення реалізації тактики планового етапного хірургічного лікування може виникати необхідність у виконанні релапартомії, або низки релапаротомій (релапаротомія і слідуючі за нею планові релапаротомії), які можуть носити санаційний або (і) реконструктивний характер.
3. У разі необхідності проведення продовженої штучної вентиляції легенів, застосування декомпресійної транс-назо-єзофаго-гастральної інтубації тонкої кишки дозволяє відмовитись від її інтубації через апендикостому і,

таким чином, не поширювати інтраопераційну травму у несприятливих умовах.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Алексеев А.В. Огнестрельные ранения живота современными высокоскоростными пулями и стреловидными элементами: Дис. д-ра мед. наук. – Л., 1986.-290 с.
2. Банайтис С.И., Бочаров А.А. Классификация и частота ранений живота //Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг. -М., 1949.-Т. 12.-С. 32-43.
3. Военно-полевая хирургия локальных войн вооруженных конфликтов: Рук-во для врачей/ Под ред.Е.К.Гуманенко, И.М.Самохвалова: – М:ГЭОТАР – Медия, 2011- 672с.
4. Ерюхин И.А., Бояринцев В.В., Григорьев Э.М. Огнестрельные ранения груди и живота мирного времени // Современная огнестрельная травма. - Тезисы докладов. – Спб. – 1998. – С.19.
5. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Погодина А.Н., Владимирова Е.С. Нетрадиционные подходы к лечению огнестрельных ранений груди и живота: опыт590 наблюдений // Материалы Второго конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. – СПБ.: ВМедА, 1998. – С.212-213.
6. Краткая история развития военно-полевой хирургии / И.Ю. Быков, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов // Военно-полевая хирургия: национальное руководство / под ред. И.Ю. Быкова, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа., 2009. – С. 16-39.
7. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Глушков П.С., Андрейцев И.Л. Диагностика и лечение внутрибрюшних осложнений// Хирургия.-2003.-№8.-С.19-23.
8. Перцев В.Н., Кравец Н.С., Рылов А.И., Прудиус В.С. Релапаратомия –эффективный метод лечения осложнений у пострадавших с закрытою абдоминальною травмой.// Клінічна хірургія.-2004.-№9.-С.15-17.
9. Семенов А.В. Показания и методика сокращенной лапаротомии с программируемой релапаротомией в лечении огнестрельных ранений живота на этапах медицинской эвакуации// Военно-медицинская академия им С.М. Кирова – клинико-экспериментальное исследование. – Спб. – 2003
10. Современная боевая хирургическая патология. Величина и структура санитарных потерь хирургического профиля / И.Ю. Биков, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов // Военно-полевая хирургия: национальное руководство / под ред. И. Ю. Быкова, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа., 2009. – С. 40-50.
11. Трусов А.А. Особенности организации хирургической помощи раненым в современных экстремальных ситуациях: Дис. д-ра мед.наук: 14.00.27; 14.00.33 / Трусов Александр Анатольевич. – СПб; 1999. – 338 с.
12. Adams D.V. Abdominal gunshot wounds in warfare: A historical review // Milit. Med.-1983.-VoU48,NI.-P.15-20.
13. Holcomb J.B. The2004 Fitt lecture: current perspectives on combat casualty care//Y.Trauma.-2005.-vol.5№1. – P.990-1002.
14. Rich N.W. Vietnam missile wounds evaluated in 750 patients // Milit. Med. 1968.-Vol.133, N 1.-P.9-22.

С.А. Асланян

Программируемое хирургическое лечение, релапаратомия и плановая релапаратомия у пострадавших с повреждениями органов живота

В статье представлен опыт применения программного хирургического лечения, релапаротомий и плановых релапаротомий на основе хирургического лечения 1289 пострадавших с открытыми и закрытыми изолированными и сочетанными травмами живота за время работы в госпитале «АЗАЛ» (г.Санаʻа, Йеменская Республика) в период 1996-1999гг.

***Ключевые слова**: повреждения органов живота, програмированное этапное хирургическое лечение, плановая релапаротомия.*

Aslanian S.A.

The programmable surgery, relaparotomy and planned relaparotomy in patients with lesions of the abdomen

The article presents experience of the application programmatic surgical treatment, relaparotomy and planned relaparotomy in 1289 patients with open and closed isolated and associated abdominal injuries, while working at the hospital "Azal" (Sanaʻa, Yemeni Republik) at the 1996 to 1999period.

***Key words:** internal abdominal injuries, programmatic stage surgical treatment, planned relaparotomy.*