

УДК 616-005.1-08+616-005.1-08-092.9

БОЙКО В.В.^{1,2}, ЛЕЛИЦЯ А.В.², МИЛОВИДОВА Г.Е.¹, ЛЕБІДЬ П.Б.²¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків²Харківський національний медичний університет

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПОСТРАЖДАЛИХ З АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Резюме. Діагностика та хірургічне лікування ранніх післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень у постраждалих з абдомінальною травмою залишається актуальною проблемою абдомінальної хірургії. Визначено ефективність нового способу хірургічного лікування із застосуванням методу електрозварювання післяопераційних ускладнень у постраждалих з абдомінальною травмою. Встановлено, що використання даного методу дозволяє зменшити виникнення післяопераційних ускладнень та час оперативного втручання.

Ключові слова: післяопераційні внутрішньочеревні ускладнення, метод електрозварювання, абдомінальна травма.

Вступ

Останніми роками в Україні, як і в усьому світі, внаслідок урбанізації, техногенних катастроф, збільшення транспортного, кримінального і виробничого травматизму, тероризму і масових безладів значно зросла і перевищила 25 % кількість постраждалих із політравмами, серед яких із закритою поєднаною абдомінальною травмою — понад 51,6 % [1, 3]. При поєднаній травмі закриті пошкодження живота, що супроводжуються шоком, крововтратою, ранніми післяопераційними ускладненнями, діагностуються в 30 % постраждалих. Незважаючи на вдосконалення хірургічної техніки і впровадження в практику нових технічних та медикаментозних засобів, спрямованих на профілактику післяопераційних ускладнень, кількість їх не зменшується. У постраждалих з абдомінальною травмою кількість релапаротомій становить від 0,5 до 8,6 %, а летальність при цьому сягає 52–80 % [1, 3]. Незадовільні результати хірургічного лікування ранніх післяопераційних ускладнень обумовлені здебільшого несвоєчасною їх діагностикою та запізнілою релапаротомією [2, 4]. Слід зазначити, що навіть у випадках своєчасної діагностики та проведення адекватної релапаротомії виникають труднощі у визначенні доступу, вибору методу корекції ускладнень, завершення релапаротомії та ушивання черевної стінки [1–3].

Усе це обумовлює необхідність розробок нових методів ранньої і вірогідної діагностики післяопераційних ускладнень у хворих з абдомінальною травмою, методів корекції виниклих ускладнень, способів профілактики з використанням сучасних технологій [5–7].

Метою нашої роботи було покращення результатів хірургічного лікування хворих з абдомінальною травмою з післяопераційними внутрішньочеревними ускладненнями.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на базі відділення політравми та анестезіології на 12 ліжок інтенсивної терапії для хворих із поєднаною травмою Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги імені проф. О.І. Мещанінова. Проаналізовано результати діагностики та лікування 142 хворих з ізольованою або поєднаною абдомінальною травмою, які перебували на лікуванні у відділенні з 2006 по 2013 р. і в яких виникли ранні післяопераційні внутрішньочеревні ускладнення. Основним критерієм для включення в дослідження була наявність післяопераційного внутрішньочеревного ускладнення, що потребувало проведення релапаротомії. Для визначення тяжкості травми використовували шкалу Injury Severity Score [8]. Контрольну групу становив 91 постражданий, яким з приводу ранніх післяопераційних ускладнень виконувалася релапаротомія. Показання до повторної операції виникли на підставі клінічного обстеження, лабораторних даних та результатів рентгенологічного дослідження. До основної групи включено 51 пацієнта, в яких для

© Бойко В.В., Лелиця А.В., Миловидова Г.Е., Лебідь П.Б., 2014

© «Медицина невідкладних станів», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

діагностики застосовувався комплексний підхід, обов'язковою складовою якого було використання інструментальних методів дослідження (ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, фіброгастроуденоскопія, лапароскопія). Вибір конкретного методу визначався на підставі розробленого алгоритму (рис. 1), що враховував інформативність дослідження при передбачуваному ускладненні і витрати часу на його виконання. Запропонований алгоритм передбачав активну тактику діагностики та лікування ранніх післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень, яка ґрунтувалася на раціональному використанні методів інструментальної діагностики, що дозволило уникнути їх дублювання.

Основним варіантом хірургічного лікування ранніх післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень в основній та контрольній групах була релапаротомія.

Для досягнення гемостазу у 36 постраждалих основної групи під час оперативного лікування використовували зварювальну установку ЕК-300М1.

У хворих обох груп оцінювали ступінь і характер макро- і мікроскопічних змін стінок судин та оточуючих тканин, якість гемостазу під час операції, дані лабораторних та інструментальних досліджень, тривалість операції. Так само вивчалися якість і кількість виділень по дренажах із черевної порожнини, кількість і характер ускладнень, тривалість госпіталізації після операції.

Результати дослідження та їх обговорення

Завдяки активній тактиці та використанню алгоритму діагностики ускладнення у хворих основної групи виявлялися в більш ранні строки та показання до релапаротомії встановлювалися раніше.

При порівнянні тривалості оперативних утручань на органах шлунково-кишкового тракту було виявлено скорочення витрат часу в групі хворих, де використовувався метод електрозварювання. Середній час виконання релапаротомії з приводу перитоніту за допомогою методу електрозварювання становив $86,5 \pm 13,2$ хв, непрохідності кишеч-

ника — $54,0 \pm 12,1$ хв і кровотечі — $43,0 \pm 14,4$ хв. При використанні традиційного методу оперативного лікування дані показники дорівнювали $104,60 \pm 7,25$ хв; $62,20 \pm 5,65$ хв і $59,6 \pm 16,7$ хв відповідно ($p < 0,05$).

Про ефективність проведеного гемостазу за допомогою електрозварювання може свідчити кількість виділень по дренажах у післяопераційному періоді. Так, при перитоніті у першу добу після релапаротомії кількість виділень по дренажах із черевної порожнини становила $212,5 \pm 43,3$ мл, при непрохідності — $98,4 \pm 21,3$ мл, при кровотечі — $82,5 \pm 23,4$ мл. У групі порівняння зазначені показники дорівнювали $280,0 \pm 46,5$ мл, при непрохідності — $109,4 \pm 24,3$ мл, при кровотечі — $182,3 \pm 33,2$ мл ($p < 0,05$).

Аналізуючи перебіг післяопераційного періоду у хворих обох груп, автори проведеного дослідження показали, що завдяки застосуванню розробленого діагностично-лікувального алгоритму та використанню електрозварювальної методики вдалося знизити кількість усіх післяопераційних ускладнень із 32,4 до 16,99 %, зокрема таких, як кровотеча (з 16,6 до 5,2 %) і внутрішньочеревні абсцеси (з 6,3 до 2,95 %). При цьому післяопераційна летальність знизилася з 29,3 до 17,3 %, а середня післяопераційна тривалість перебування хворих на ліжку — від $26,3 \pm 12,6$ дня до $19,3 \pm 11,1$ дня (рис. 2).

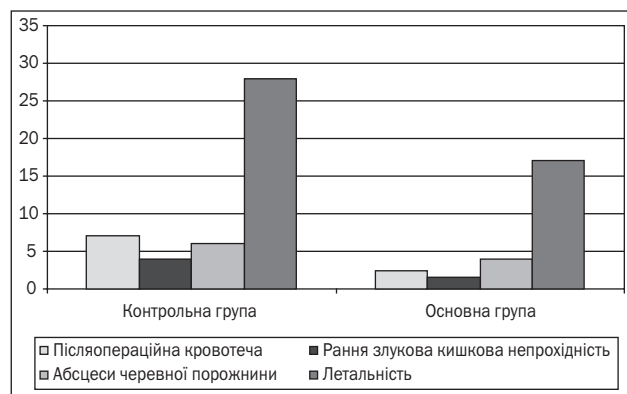


Рисунок 2. Ускладнення та летальність після релапаротомії в основній та контрольній групах

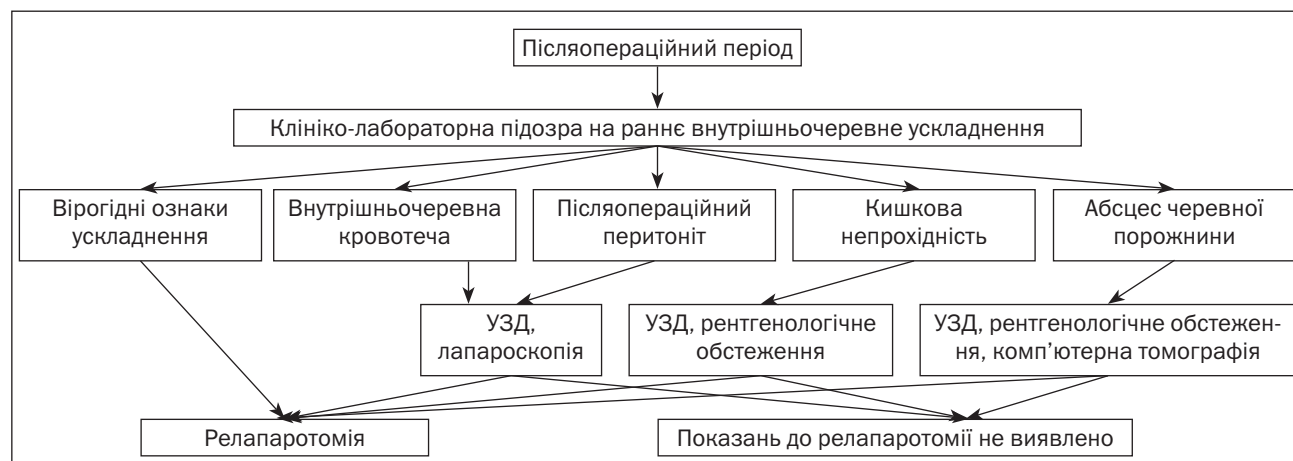


Рисунок 1. Алгоритм діагностики ранніх післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень

Висновок

Застосування комплексу ранніх і об'єктивних методів діагностики патології черевної порожнини, що включають клінічну картину, лабораторні критерії, рентгенологічні дані, фіброгастродуоденоскопію, комп'ютерну томографію, ультразвукове дослідження, лапароскопію в динаміці, дозволяє максимально рано діагностувати післяопераційні ускладнення в черевній порожнині і виконати своєчасну релапаротомію. Своєчасна релапаротомія з корекцією післяопераційних ускладнень у хворих із травмою живота знижує летальність з 29,3 до 17,3 %.

Застосування методу електрозварювання біологічних тканин під час хірургічного лікування внутрішньочеревних ускладнень у хворих з абдомінальною травмою дозволяє зменшити тривалість оперативного втручання на 13–31 %, уникнути використання сторонніх тіл (лігатури, кліпси), не викликає побічного впливу та не спричиняє виникнення ускладнень загоєння рани, що сприяло зниженню кількості післяопераційних ускладнень з 32,4 до 16,9 %.

Список літератури

1. Абакумов М.М. Повреждения живота при сочетанной травме / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малайчук. — М.: Медицина, 2005. — 176 с.
2. Асомов Х.Х. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений / Х.Х. Асомов, У.Р. Рыскиев // *Вестник экстренной медицины*. — 2010. — № 4. — С. 90–93.
3. Бойко В.В. Закрытая травма живота / В.В. Бойко, М.Г. Кононенко. — Харьков: Б. и., 2008. — 528 с.
4. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / В.К. Гостищев, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян и др. // *Хирургия*. — 2011. — № 5. — С. 56–60.
5. Современные гипертермические технологии разъединения, гемостаза и соединения тканей в хирургии / Н.К. Голобородько, В.В. Бойко, А.В. Лелиця, П.Н. Замятин // *Харьковская хирургическая школа*. — 2005. — № 4. — С. 84–86.
6. Фурманов Ю.А. Экспериментальное обоснование применения метода электросварки биологических тканей в хирургической гепатологии / Ю.А. Фурманов, М.Е. Ничитайло // *Клінічна хірургія*. — 2004. — № 8. — С. 57–59.
7. Kirtikbhai A. Patel. Sutures, ligatures and staples / Kirtikbhai A. Patel, W.E.G. Thomas // *Surgery*. — 2008. — Vol. 26, Issue 2. — P. 48–53.
8. The Injury Severity Score revisited / W.S. Copes, H.R. Champion, W.J. Sacco et al. // *The Journal of Trauma*. — 1988. — Vol. 28, № 1. — P. 69–77.

Отримано 12.02.14 ■

Бойко В.В.^{1,2}, Лелиця А.В.², Миловидова А.Э.¹, Лебедь П.Б.²

¹ГУ «Институт общей и неотложной хирургии

им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков

²Харьковский национальный медицинский университет

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Резюме. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений у пострадавших с абдоминальной травмой остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Определена эффективность нового способа хирургического лечения с применением метода электросварки послеоперационных осложнений у пострадавших с абдоминальной травмой. Установлено, что использование данного метода позволяет уменьшить возникновение послеоперационных осложнений и время оперативного вмешательства.

Ключевые слова: послеоперационные внутрибрюшные осложнения, метод электросварки, абдоминальная травма.

Boyko V.V.^{1,2}, Lelytsya A.V.², Mylovydova G.Ye.¹, Lebid P.B.²

¹State Institution «Institute of General and Emergency Surgery named after V.T. Zaytsev of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine

²Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT FOR POSTOPERATIVE INTRAPERITONEAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ABDOMINAL INJURY

Summary. Diagnosis and surgical treatment of early postoperative intraabdominal complications in patients with abdominal injury remains an urgent problem of abdominal surgery. The efficiency of the new method of surgical treatment using electric welding of postoperative complications in patients with abdominal injury was defined. It is found that the use of this method allows to reduce the occurrence of postoperative complications and time of surgery.

Key words: postoperative intra-abdominal complications, method Electric, abdominal injury.