

than 30cm²) of III - VI degrees with applying vacuum – drainage method improved significantly wound process, accelerated preparation of wounds to operative intervention. The treatment resulted in good engraftment of transplanted atoderm grafts.

Key Words: treatment, trophic ulcers intensive infusion, vacuum drainage.

© Я.С. КУКУРУЗ, О.Ю. ШУРИГІН, 2013

Я.С. Кукуруз, О.Ю. Шуригін

РОЛЬ ТА МІСЦЕ МЕТОДИКИ ЗА ПРИНЦИПАМИ «СКОРОЧЕНИХ ОПЕРАЦІЙ» (DAMAGE CONTROL) В ХІРУРГІЇ ТЯЖКОЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»

Вступ. Система надання спеціалізованої хірургічної допомоги тяжкотравмованим постраждалим передбачає проведення, часто значного за обсягом оперативного втручання одномоментно навіть в тих випадках, коли пацієнт перебуває в критичному стані.

Мета. На основі результатів аналізу наукових джерел інформації та власного клінічного матеріалу визначали покази до застосування методики «скорочених операцій» (damage control) в хірургії тяжких пошкоджень органів черевної порожнини.

Методи. Аналіз результатів лікування охоплює 146 тяжкотравмованих пацієнтів з домінуючою травмою органів черевної порожнини, що склали 11 % від загальної кількості постраждалих з поєднаною травмою, які лікувалися в клініках ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України».

Результати. Протягом перших 6-24 годин з моменту поступлення пацієнтів в приймальне відділення лікарні (стан постраждалих оцінювався як нестабільно-критичний), не дивлячись на негайно розпочаті реанімаційні заходи, померло 43 хворих, в тому числі 17 під час операції (скорочені операції за методикою «damage control»), у ранньому післяопераційному періоді – 19 (20,1%) постраждалих. Середні строки стаціонарного лікування в основній групі склали 7,4 ± 0,2 доби, в контрольній групі 9,4 ± 0,5 доби. Летальність в основній групі знизилась на 5,4%.

Висновок. Наші власні дослідження свідчать про правомірність і доцільність застосування лікувальної тактики поетапних, «скорочених» операцій у тяжкотравмованих, які перебувають у критичному стані.

Ключеві слова: абдомінальна травма, етапні операції, хірургічне лікування.

ВСТУП

Система надання спеціалізованої хірургічної допомоги тяжкотравмованим постраждалим передбачає проведення, часто значного за обсягом оперативного втручання одномоментно навіть в тих випадках, коли пацієнт перебуває в критичному стані. Така тактика вимагає не тільки тривалої рутинної праці чисельної бригади спеціалістів і значних матеріальних витрат, але й призводить в більшості випадків до поглиблення гіповолемії, шоку,

що суттєво погіршує мікроциркуляцію і перфузію тканин. При тяжкій травмі в тканинах переважає анаеробний тип дихання, накопичується молочнокислий лактат, розгортається ацидоз, коагулопатія, гіпотермія (рис. 1), що і обумовлює високу післяопераційну летальність на ранній стадії розвитку травматичної хвороби [1,2].



Рис. 1. Тріада замкнутого кола

Багато з авторів, у своїх публікаціях, факторами ризику розвитку незворотніх процесів у пацієнтів з тяжкими поєднаними пошкодженнями вважають метаболічний ацидоз ($\text{pH} < 7,3$), гіпотермію (температура тіла $< 35^\circ\text{C}$), тривалість оперативного втручання понад 90 хв., коагулопатію, а також необхідність масивних переливань крові [3,5,8]. У зв'язку із цим тривають пошуки більш раціональних лікувальних методик, які б підвищили результативність лікування постраждалих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини. Однією з таких методик вважається хірургічна тактика «скорочених операцій» (damage control), якої протягом останніх десятиріч притримуються хірурги травми багатьох країн Європи [1,4,7].

Мета дослідження: на основі результатів аналізу наукових джерел інформації та власного клінічного матеріалу визначити покази до застосування методики «скорочених операцій» (damage control) в хірургії тяжких пошкоджень органів черевної порожнини.

МЕТОДИ

Аналіз результатів лікування охоплює 146 тяжкотравмованих пацієнтів з домінуючою травмою органів черевної порожнини, що склали 11 % від загальної кількості постраждалих з поєднаною травмою, які лікувалися в клініках ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України».

Переважали чоловіки 105 (71,91%) віком від 17 до 76 років ($31,2 \pm 2,6$). Середній бал тяжкості загального стану за шкалою ISS склав $35,2 \pm 2,3$. Основними критеріями, за якими оцінювався стан постраждалого як критичний, були:

1. Ступінь порушень свідомості < 8 балів за шкалою Глазго (сопор, кома);
2. Клінічні ознаки масивної кровотечі ($> 1,5$ л);
3. АТ < 90 ммрт.ст.;
4. Пульс > 60 / хв. або < 30 / хв.;

5. ЧДР < 10 / хв. або > 30 / хв.

Для опрацювання хірургічної тактики при надходженні постраждалих в приймальне відділення лікарні ми також тестували відомі клініко-лабораторні параметри: гемоглобін, гематокрит, лейкоцитарну формулу, а також індекс Альговера.

Принципово важливо як найшвидше оцінити стан пацієнта за вище наведеними критеріями, що дає змогу впровадити терміново необхідні лікувальні дії ще до розгортання метаболічних розладів.

Обстеження постраждалих включало застосування діагностично-прогностичної карти-схеми «травма», що дало змогу скоротити час первинного огляду хворого до лічених хвилин та забезпечити своєчасне до обстеження і лікування в ранньому періоді травматичної хвороби.

У 71 постраждалих (основна група) з тяжкими домінуючими пошкодженнями органів черевної порожнини, зокрема пошкодження печінки, оперативні втручання на органах черевної порожнини виконувалися за принципом поетапності згідно з методикою «damagecontrol» - скорочена лапаротомія із запланованою програмною релапаротомією (рис. 2), а у 75 постраждалих була застосована традиційна хірургічна тактика операції в повному обсязі.

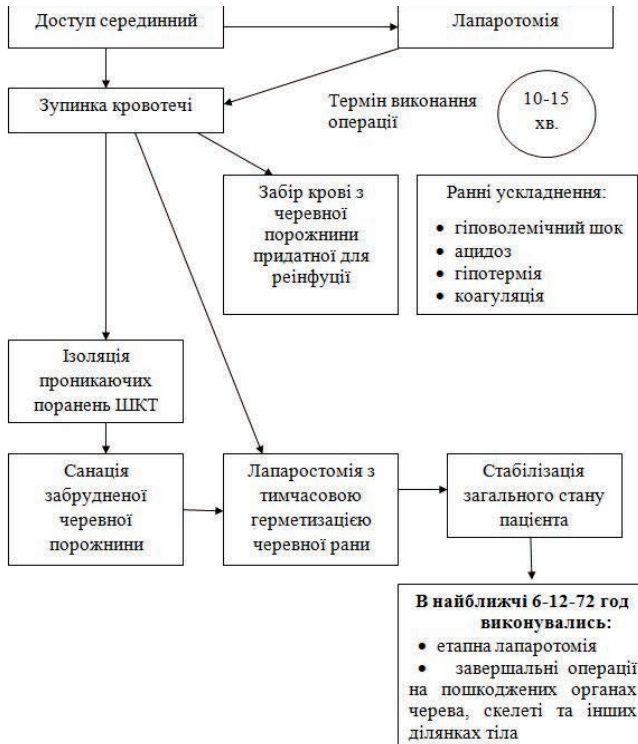


Рис. 2. Скорочений варіант лапаротомії при домінуючій травмі органів черевної порожнини. Стан пацієнта нестабільний АТ < 90 ммHg, РІ > 60 / хв. або < 30 / хв.

В основній групі стратегія лікування скорочених лапаротомій з повторною запрограмованою операцією заключалась в наступному:

1-й етап:

Принципом першого етапу операції були: зупинка кровотечі; профілактика інфікування черевної порожнини.

За абсолютними показаннями терміново виконувались наступні операції:

- черезшкірні пункції перикарда при тампонаді серця – 4 постраждалих;
- екстрена торакотомія: перикардіотомія, зашивання рани серця, хресто-подібне прошивання кореня легені при пошкодженні магістральних судин – 9 постраждалих;

- екстрена лапаротомія: тимчасовий гемостаз за допомогою судинних затискачів, кліпс, лігатур, турнікетів, шунтування, електрокоагуляції, застосування адгезивних композицій (тахокомб), методом тампонування, застосування плівкових капюшонів при пошкодження паренхіматозних органів, копресивної гепатовісцеропластики – 32 постраждалих;

- фіксація переломів кісток таза та довгих кісток кінцівок апаратами зовнішньої фіксації безпрецизійної репозицій уламків – 11 постраждалих;

- одноряднішви (або механічні) на рани порожнистих органів без формування кишкових стом. При виявленні некротичних сегментів кишки – виконували резекцію кишки із зашиванням її кінців наглухо, без формування анастомозів.

Лапаротомну рану зашивали з формуванням лапаростоми.

Під час проведення 1-го етапу операцій проводили відповідну інтенсивну інфузійно-трансфузійну терапію.

2-й етап:

- для подальшого продовження інтенсивної терапії постраждалих направляли в відділення інтенсивної терапії.

3-й етап:

- повторна за програмою операція з проведенням повного обсягу хірургічних втручань: (резекція нежиттєздатних ділянок паренхіматозних органів, формування кишкових анастомозів, кишкових стом, реконструкція лапаротомних ран).

За нашими спостереженнями, проведення повторного хірургічного лікування здійснювали через 6-12-24-72 години. Термін етапних втручань залежав від ступеня тяжкості постраждалого.

РЕЗУЛЬТАТИ

Проспективний етап дослідження передбачав всебічне вивчення факторів ризику у пацієнтів з тяжкою травмою, які приводять в більшості випадків до летальних сходжень.

Протягом перших 6-24 годин з моменту поступлення пацієнтів в приймальне відділення лікарні (стан постраждалих оцінювався як нестабільно-критичний), не дивлячись на негайно розпочаті реанімаційні заходи, померло 43 хворих, в тому числі 19 під час операції (за методикою «damage-control»), і в ранньому післяопераційному періоді – 21 постраждалий.

У 71 (48,9%) хворого, що вижили по мірі проведення інтенсивної терапії та стабілізації основних показників гомеостазу протягом наступних 6-12-24-72 годин виконувалися завершуючі операції на органах черевної порожнини, грудної клітки, скелеті та інших анатомічних ділянках.

Встановлено, що в групі постраждалих, яким виконувалися хірургічні втручання за методикою скорочених операцій строки проведення реанімаційних заходів та інтенсивної терапії були виразно коротшими ніж у постраждалих, у яких дотримувалися традиційної хірургічної тактики.

Так, термін тривалої ШВЛ у основної групи пацієнтів всередньому склав $4,1 \pm 0,2$ доби, а в контрольній групі $8,2 \pm 1,5$ доби. Середні строки стаціонарного лікування в основній групі дорівнювали $7,4 \pm 0,2$ доби, в контрольній групі $9,4 \pm 0,5$ доби. Летальність в основній групі постраждалих знизилась на 5,4%.

ВИСНОВОК

Досвід вітчизняних та закордонних авторів, та наші власні дослідження свідчать про правомірність застосування лікувальної тактики поетапних, «скорочених» операцій у тяжкотравмованих, які перебувають у критичному стані. Але в цій методиці є чимало дискусійних питань і сама методика в хірургії тяжкої абдомінальної травми потребує подальшого опрацювання та удосконалення.

Література

1. Бойко В.В., Криворучко І.А. та інші. «Damagecontrol» при хірургічному лікуванні пошкоджень печінки. Неотложная медицинская помощь. Сборник статей. Харьков. «Основа». 2005, 7: 84-85.
2. Рошцін Г.Г. Тяжка поєднана травма. Автореферат д.мед.н. Київ. 2006.
3. Ertel W., Oberholzer A., Platz A., Slocker R. Incidence and clinical pattern of the abdominal compartment syndrome after damage control laparotomy in patients with severe abdominal and/or pelvic trauma. Crit. Care Med. 2006, 28: 1747-1753.
4. Tremblay L.N., Felicano D.V., Schmidt J. et al. Skin only or silo closure in the critical ill patient with an open abdomen. Am. J. Surg. 2001, 182: 670-675.
5. Foy H.M., Nathens A.B. et al. Re-inforced silicone elastomer sheeting an improved method of temporary abdominal closure in damage control laparotomy. Am. J. Surg. 2004, 182: 630-638.
6. Kudsk K.A., Ivatury R.R., Morris J.A. et al. Damage control in the trauma patient. Contemporary surgery. 2001, 57: 325-343.
7. Kafie F.E., Tessier D.J., Williams R.A. et al. Serial abdominal closure technique (the «SAC» procedure): a novel method for delayed closure of the abdominal wall. Am. Surg. 2003, 69: 102-105.
8. Jernigan T.W., Fabian T.C. et al. Stager management of giant abdominal wall defects: acute and long-term result. Am. Surg. 2003, 238: 349-355.
9. Hirshberg A., Sheffer N., Barnea O. Computer simulation of hypothermia during «damage control» laparotomy. Wld. J. Surg. 1999, 23 (9): 960-965.
10. Garner G.B., Ware D.N. et al. Vacuum – assisted wound closure provided early fascialreapproximation in trauma patient with open abdoments. Am. J. Surg. 2003, 182: 630-638.

Я.С. Кукуруз, О.Ю. Шурыгин

**Роль и место методики «сокращенных операций»
damage control в хирургии тяжелой
абдоминальной травмы**

Государственное заведение «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Министерства здравоохранения Украины», Киев

Вступ. Система оказания специализированной хирургической помощи тяжелотравмированным пострадавшим предусматривает проведения, часто большого объема оперативного вмешательства одновременно даже в тех случаях, когда пациент находится в критическом состоянии.

Цель. На основании проведение результатов анализа результатов научных источников информации и собственного клинического материалу определить показания для использования методики «сокращенных операций» «damage control» в хирургии тяжелых повреждений органов брюшной полости.

Методы. Анализ результатов лечения 146 тяжелотравмированных пациентов с доминирующей травмой органов брюшной полости, что составило 11% от общего количества пострадавших с сочетанной травмой, которые лечились в клиниках ГЗ «УНПЦ ЭМП и МК МЗ Украины».

Результаты. На протяжении 6-24 часов с момента поступления пациентов в приемное отделение больницы (состояние пострадавших оценивалось как нестабильно-критическое), несмотря на немедленно начатые реанимационные мероприятия, умерло 43 больных, в тому числе 17 во время операции (сокращенные операции по методике «damage control»), в раннем послеоперационном периоде - 19 (20,1%) пострадавших. Средние сроки стационарного лечения в основной группе составили $7,4 \pm 0,2$ дней, в контрольной группе $9,4 \pm 0,5$ дней. Летальность в основной группе снизилась на 5,4%.

Выводы. Собственные исследования свидетельствуют о правомерности и необходимости применения лечебной тактики поэтапных, «сокращенных» операций у тяжелотравмированных, которые находятся в критическом состоянии.

Ключевые слова: абдоминальная травма, этапные операции, хирургическое лечение.

Ya. S. Kukuruz, O. Yu. Shurygin

**The role and place of damage control method in surgery
of severe abdominal injury**

**State Institution "Ukrainian Scientific and Practical Centre of
Emergency Medical Care and Medicine of Catastrophes of Ministry
of Health Care of Ukraine", Kyiv**

Introduction. The paper focuses on the results of using damage control technique in surgical treatment of patients with severe abdominal injury. The use of

such method enables to reduce the mortality level and complications development compared with conventional methods, which demands further studying the problem. The system of providing specialized surgical care for the severely injured implies performing a single-stage operative intervention, sometimes significant one, even in cases of patients in critical condition.

Objective. The research aims at determining indications for the use of damage control method in surgery at severe abdominal cavity injuries. Studying is based on analysis of scientific literature.

Methods. There were analyzed treatment outcomes of 146 severely injured patients with dominant abdominal cavity injury. The patients accounted 11% of the total number of patients with combined injuries that were treated in clinics of SI "Ukrainian Scientific and Practical Center for Emergency Care and Medicine of Catastrophe at MOH of Ukraine."

Results. During first 6-24 hours from the time patients were admitted to hospital the state of the injured could be estimated as unstable and critical. Despite immediately started resuscitation 43 patients died including 17 patients during the operation (damage control technique) and 19(20,1%) patients in post operative period. Average period of hospital treatment in the main group was $7,4 \pm 0,2$ days and $9,4 \pm 0,5$ days in control group. The mortality in the main group reduced by 5.4%.

Conclusions. Our study proves the validity and expediency of using damage control technique during treatment of severely injured patients in critical state.

Key words: abdominal trauma, stage operations, surgical treatment.

© В.Д. ПІНЧУК, 2013

В.Д. Пінчук

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗБІЛЬШУВАЛЬНОЇ МАМОПЛАСТИКИ В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика,
Київський міський центр пластичної мікрохірургії
та естетичної медицини «Цертус»

Вступ. Збільшувальна мамопластика одна з найбільш частих операцій що виконується за естетичними показаннями.

Мета. Провести аналіз результатів естетичної збільшувальної мамопластики в ранньому періоді спостереження та оцінити ефективність цих операцій.

Матеріал і методи. У роботі проведена оцінка ефективності збільшувальної мамопластики за результатами обстеження та лікування 556 пацієнток.

Результати. Добрі результати первинної збільшувальної мамопластики виявлені у 391 пацієнтки (70,3%), задовільні - у 114 (20,5%), а незадовільний – у 51 (9,2%).