

ЕНДОСКОПІЯ З ПОЗИЦІЇ ЛІКАРЯ-ХІРУРГА ТА ЕНДОСКОПИСТА (МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ У ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ)

В.Ю.Кузьмін, Н.І.Искра, М.А.Калашніков

**Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шупика, Українська військово-медична академія
Київ, Україна**

У роботі розглянуто питання можливості та доцільності використання ендоскопічних методів у лікувально-діагностичному процесі у постраждалих з політравмою (з точки зору лікаря-хірурга та ендоскопіста) у різних періодах травматичної хвороби.

Ключові слова: ендоскопія, політравма, лікувально-діагностична тактика.

Вступ

У багатьох наукових роботах відмічається неухильне зростання травматизму в світі [3, 4, 6]. Цій проблемі приділяється пильна увага з боку науковців, що обумовлено низкою причин. Насамперед, це висока смертність, яка протягом останніх років продовжує займатися II-III місце серед усіх причин смертності серед населення [1, 3]. Водночас хірургічна наука в останні роки почала розділятися на три галузі: планову хірургію, ургентну хірургію й «хірургію пошкоджень». В останній («хірургії пошкоджень») чітко проглядається все зростаючий інтерес до особливого виду травми — політравмі (ПТ), при якому постраждалий одночасно має кілька пошкоджень, причому тяжкість передбачуваної функціональної відповіді організму на ці ушкодження значно вище очікуваної та на частку котрої, за даними багатьох авторів, припадає від 60,0 до 75,0% від усіх травм [2, 3, 5].

Для діагностики пошкоджень у цієї категорії постраждалих застосовуються різноманітні методи (рентгенографія, ультразвукове дослідження, MRT, СКТ). Однак, на нашу думку, вже виникла негайна необхідність більш широкого застосування ендоскопічних методів у діагностичному та лікувальному процесі у постраждалих із ПТ.

Ендоскопія — це метод, який дозволяє оглянути внутрішні органи з використанням оптичних інструментів з метою діагностики та лікування. Термін «ендоскопія» походить від двох грецьких слів («endon» — усередині та «skopeo» — дивлюся, досліджую). Цей метод широко використовується з діагностичними й лікувальними цілями в багатьох областях медицини: хірургії, травматології, гастроентерології, пульмонології, урології, гінекології й онкології.

Незважаючи на різноманітність існуючих видів ендоскопії, лише незначна її частка (на даний час) використовується в окремих лікувально-профілактичних закладах при наданні медичної допомоги постраждалим з ПТ. Це пояснюється тим, що більша частина видів ендоскопії відноситься до вузькоспеціалізованого (отоскопія, назофарингоскопія, холангіоскопія й інші) виду ендоскопії, і хоча з їхньою допомогою можна діагностувати ті або інші пошкодження (кольпоскопія дозволяє виявити розриви стінок піхви у жінок при тяжких переломах кісток таза, а уретероскопія — виявити пошкодження сечовода), вони у більшому ступені використовуються лише в спеціалізованих стаціонарах для діагностики (уточнення діагнозу при «нестандартній» клініці перебігу хвороби) та лікування (проведення «планових» ендоскопічних лікувально-діагностичних досліджень) хворих.

Безумовно, що хірургів практично завжди не задовольняв той факт, що доступ до об'єкта хірургічного втручання (будь то ургентна або планова операція) може тривати практично стільки, скільки й сама операція. При цьому сама хірургічна травма (найчастіше) може бути більш значна, чим травма, нанесена під час виконання основного етапу операції. Для рішення цих проблем були розроблені мінімальні розрізи, що дозволяють максимально захистити тканини, а також спеціальні ретрактори — інструменти, що допомагають виконувати хірургічні маніпуляції (практично будь-якої складності) через мінімальні розрізи.

У цей час ендоскопія стала невід'ємною частиною хірургії й застосовується практично скрізь завдяки появі нового на-

прямку — ендокхірургії (проведення хірургічних операцій з використанням ендоскопічної техніки). Цьому сприяв принципово новий підхід як до діагностики (з'явилася можливість проведення візуальної оцінки змін внутрішніх органів з наступною їх лабораторною та морфологічною інтерпретацією), так і до лікування (проведення хірургічних втручань: торако- та лапароскопія через мінімальні розрізи та без значного звуження «операційного поля»).

Необхідно відзначити, що в останні десятиліття лапароскопічна техніка «відвоювала» у хірургії значну частину класичних хірургічних втручань, при цьому в деяких випадках придбала до теперішнього часу статус «золотого стандарту».

Сучасні підходи щодо можливості застосування ендоскопічних лікувально-діагностичних методів у постраждалих з політравмою

На даному етапі розвитку сучасної «хірургії пошкоджень» деякі питання показань, черговості та способів виконання оперативних втручань (із урахуванням домінуючого пошкодження) та їх обсягу, на жаль, залишаються гострими й не до кінця вирішеними. Це значною мірою утрудняє своєчасне та адекватне застосування ендоскопічних лікувально-діагностичних методів з метою діагностики та проведення малоінвазивних хірургічних втручань у постраждалих з ПТ. Крім того слід зазначити, що при плануванні проведення ендоскопічних методів у постраждалих з ПТ варто враховувати їх лікувально-діагностичні можливості, інформативність, а також показання та протипоказання до їхнього проведення в кожному періоді травматичної хвороби.

Згідно з класифікацією, запропонованою В.Д.Шейко (1998), у перебігу травматичної хвороби (ТХ) слід виділяти чотири періоди: період шоку (до 2 діб), ранній постшоковий період (з 2 до 8 доби), період погрози генералізації раневої інфекції (з кінця 1 тижня до декількох тижнів) та період реконвалесценції (до декількох місяців).

Крім того у першому періоді ТХ слід виділяти декілька фаз, що безпосередньо впливають на перебіг ТХ: фаза нестабільності, фаза відносної стабільності та фаза стабільності життєво важливих функцій організму постраждалого.

Підсумовуючи вищенаведене, перебіг ТХ у постраждалих з ПТ можна розглядати наступним чином:

ТРАВМАТИЧНА ХВОРОБА			
I — період шоку (1-2 доба)	II — період ранніх гострих гнійно-запальних та некротичних ускладнень (2-5 доба)	III — період загрози генералізації раневої інфекції (з 5-7 доби до декількох тижнів)	IV — період реконвалесценції (від декількох тижнів до декількох місяців)
Фаза нестабільності життєво важливих функцій (від декількох годин до припинення проведення реанімаційних заходів)	Фаза відносної нестабільності життєво важливих функцій (від припинення проведення реанімаційних заходів до припинення оперативних втручань за життєвими показаннями)	Фаза стійкої стабілізації життєво важливих функцій (находження постраждалого у відділенні інтенсивної терапії та реанімації, динамічний моніторинг)	

Виходячи зі стадійності перебігу ТХ, пропонуємо наступний порядок застосування лікувально-діагностичних ендоскопічних методів у постраждалих з ПТ:

У I (шоковому) періоді ТХ:

У фазу нестабільності життєво важливих функцій організму потерпілого з ендоскопічних методів можливе застосування:

- санаційної трахеобронхоскопії (дозволяє відновити прохідність трахеобронхіального дерева й визначити джерело кровотечі).

У фазу відносної стабілізації життєво важливих функцій організму постраждалого з ендоскопічних методів можливе застосування:

- трахеобронхоскопії (дозволяє виявити розриви трахеї й бронхів при закритій травмі органів грудної клітини та їхнього пошкодження при ножових пораненнях шиї та грудної клітини);

- езофагоскопії (дозволяє виявити пошкодження стравоходу при ножових пораненнях шиї та грудної клітини);

- торакоскопії (дозволяє виявити та провести корекцію травм плеври й легенів при закритій травмі органів грудної клітки, виключити або підтвердити поранення серця та магістральних судин, а також виключити або підтвердити торако-абдомінальний характер поранення);

- лапароскопії (дозволяє виявити та провести корекцію травм внутрішніх органів при закритій травмі органів черевної порожнини, а також виключити або підтвердити проникаючий характер травм при пораненнях поперекової ділянки та виключити або підтвердити пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини при ножових пораненнях живота);

- ректороманоскопії (дозволяє провести дослідження прямої кишки у постраждалих з травмою таза та виключити або підтвердити її пошкодження).

У фазу стійкої стабілізації життєво важливих функцій організму постраждалого з ендоскопічних методів можливе застосування:

- санаційної трахеобронхоскопії (дозволяє відновити прохідність трахеобронхіального дерева та попередити розвиток легневих ускладнень);

- торакоскопії (якщо вона раніше не проводилася постраждалому, а також постраждалим із триваючою внутрішньоплевральною кровотечею та з неліквідованим пневмотораксом, якщо раніше було проведене лише дренування плевральної порожнини за Бюлау);

- лапароскопії (якщо вона раніше не проводилася).

У II періоді ТХ (періоді ранніх гострих гнійно-запальних та некротичних ускладнень) з ендоскопічних методів можливе застосування:

- санаційної трахеобронхоскопії (дозволяє відновити прохідність трахеобронхіального дерева та попередити розвиток легневих ускладнень);

- торакоскопії (при діагностованому зсілому або інфікованому гемотораксі);

- езофагогастроуденоскопії (дозволяє виявити гострі виразки та ерозії верхніх відділів травного тракту й провести адекватне лікування).

У III періоді ТХ (періоді погрози генералізації раневої інфекції) з ендоскопічних методів можливе застосування:

- санаційної трахеобронхоскопії (дозволяє відновити прохідність трахеобронхіального дерева та попередити розвиток легневих ускладнень);

- торакоскопії (при розвитку у постраждалого смпієми);

- езофагогастроуденоскопії (дозволяє виявити гострі виразки та ерозії верхніх відділів травного тракту й провести адекватне лікування).

У IV періоді ТХ (періоді реконвалесценції) з ендоскопічних методів можливе застосування:

- санаційної трахеобронхоскопії (дозволяє відновити прохідність трахеобронхіального дерева та попередити розвиток легневих ускладнень);

- езофагогастродуоденоскопії (дозволяє виявити гострі виразки та ерозії верхніх відділів травного тракту й провести адекватне лікування, а також виконати накладання чревшкірної ендоскопічної гастростоми постраждалим, які потребують тривалого ентерального харчування);

- ректороманоскопії (дозволяє діагностувати псевдомембранозний коліт).

Зрозуміло, що наведені нами дані не є вичерпними та остаточно не ставлять крапку у вирішенні піднятого питання — питання адекватного надання медичної допомоги постраждалим із політравмою із застосуванням сучасних медичних технологій. Сподіваємось, що наша стаття матиме не лише критику, а й викличе наукову дискусію.

Висновки

Для кожного періоду травматичної хвороби притаманні свої ендоскопічні лікувально-діагностичні методи. Кожен з ендоскопічних методів повинен застосовуватись у постраждалих з політравмою з урахуванням їх діагностичної та лікувальної доцільності, показань та протипоказань. Широке застосування ендоскопічних лікувально-діагностичних методів дозволить проводити лікування постраждалих з політравмою на сучасному рівні розвитку медицини.

Література

1. Абакумов М.М. Особенности диагностики и определения рациональной лечебной тактики при закрытой сочетанной травме живота / М.М.Абакумов, Н.В.Лебедев, В.И.Малярчук // Российский медицинский журнал. — 2003. — №2. — С. 16-20.
2. Голобородько М.К. Політравма життєво важливих органів: принципи інтенсивної терапії та інтенсивної хірургії / М.К.Голобородько, М.М.Голобородько // Одеський медичний журнал. — 2004. — №4 (84). — С. 4-6.
3. Интегральные системы оценки тяжести состояний больных при политравме / Б.Р.Гельфанд, А.И.Ярошецкий, Д.Н.Проценко, Ю.Я.Романовский // Вестник интенсивной терапии. — 2004. — №1. — С. 58-65.

4. Малоінвазивні методи в діагностиці і лікуванні абдомінальної травми / О.І.Міміношвілі, А.Д.Сомов, О.С.Антонюк, О.О.Ніконова, В.П.Сопельняк // Одеський медичний журнал. — 2004. — №4 (84). — С. 53-55.
5. Полторацький В.Г. Клініко-епідеміологічні особливості поєднаної краніоторакальної травми / В.Г.Полторацький // Одеський медичний журнал. — 2004. — №4 (84). — С. 63-64.
6. Сідий А.В. Травма живота з ушкодженням порожнистих органів: діагностика і лікування / А.В.Сідий, В.І.Без коровайний, А.Д.Нетков // Одеський медичний журнал. — 2004. — №4 (84). — С. 70-72.
7. Шейко В.Д. Перебіг травматичної хвороби при політравмі / В.Д.Шейко // Клінічна хірургія. — 1998. — №9-10. — С. 70-73.

В.Ю.Кузьмин, Н.И.Искра, Н.А.Калашиков. Эндоскопия с позиции врача-хирурга и эндоскописта (возможности использования эндоскопических методов в лечебно-диагностическом процессе у пострадавших с политравмой). Киев, Украина.

Ключевые слова: эндоскопия, политравма, лечебно-диагностическая тактика.

Рассмотрены вопросы возможности и целесообразности использования эндоскопических методов в лечебно-диагностическом процессе у пострадавших с политравмой (с точки зрения врача-хирурга и эндоскописта) в различных периодах травматической болезни.

V. Yu. Kuzmin, N. I. Iskra, N. A. Kalashnikov. Endoscopy from the position of the surgeon and endoscopist (opportunity of use of endoscopic methods in medical-diagnostic process at polytrauma victims). Kyiv, Ukraine.

Key words: endoscopy, polytrauma, medical-diagnostic tactics.

Questions of opportunity and expediency of endoscopic methods in medical-diagnostic process at polytrauma victims (from the point of view of the surgeon and endoscopist) in the various periods of traumatic illness are considered.