

Розділ II

Актуальні питання хірургії пошкоджень

© Проблеми військової охорони здоров'я, 2012

УДК 616.381 – 001 – 06, 616 – 002.3 – 089

РЕЛАПАРАТОМІЯ, ПЛНОВА РЕЛАПАРАТОМІЯ І ПРОГРАМОВАНЕ ЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОШКОДЖЕННЯМ ОРГАНІВ ЖИВОТА

C.A.Асланян

**Українська військово- медична академія
Київ, Україна**

У статті наведений досвід застосування програмованого етапного хірургічного лікування, релапаротомії і планових релапаротомій на основі аналізу хірургічного лікування 1289 постраждалих з відкритими і закритими, ізольованими і поєднаними травмами живота під час роботи в госпіталі «АЗАЛ» (м.Сана'a, Єменська Республіка) за період 1996-1999 рр.

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

Вступ

Проблема хірургічного лікування відкритих і закритих ушкоджень живота, а також ускладнень, що виникають після операційних втручань, залишається однією з найважливіших у хірургії пошкоджень як мирного часу, так і під час воєнних конфліктів (ВК) різних масштабів і різної інтенсивності ведення бойових дій [1, 3, 4, 6-8, 11, 14].

Питома вага поранень живота в загальній структурі вогнепальних поранень мирного часу і в різних ВК має незначні коливання – 4,5-11,0% [2, 4, 6, 10-14].

При тяжких ізольованих і поєднаних пошкодженнях органів черевної порожнини окрім вичерпної й остаточної хірургічної обробки усіх пошкоджень застосовується також тактика «damage control surgery» (хірургічний контроль пошкоджень), при якій виконання повторних операційних втручань планується під час першої операції [3, 5, 10, 13]. Тобто планова релапаротомія є складовою тактики «damage control surgery». У сучасних умовах цю тактику стали використовувати не тільки при вкрай тяжкому стані постраждалих, але і з урахуванням медико-тактичних умов: недостатність хірургічних ресурсів, надходження великої кількості постраждалих до лікувально-го закладу або на етапі медичної евакуації [6, 9-11].

Тактика «damage control surgery» відома також під терміном «скорочена лапаротомія – планова релапаротомія», а в Українській військово-медичній академії застосовується більш узагальнений термін – «програмоване етапне хірургічне лікування» (ПЕХЛ). Поруч із цим у постраждалих з абдомінальною травмою, навіть після завершення застосування тактики ПЕХЛ, може виникати невідкладна необхідність у разі розвитку непередбачених ускладнень, виконувати ще одну операцію (релапаротомію) або низку операцій (релапаротомія + планові релапаротомії), хоча це не передбачалось під час попередньої операції, яка завершувала тактику ПЕХЛ і яку вважали вичерпною та остаточною.

Частота виконання релапаротомій у постраждалих з абдомінальною травмою, яким не застосувалась тактика ПЕХЛ, за даними літератури, не має тенденції до зниження і становить 0,5-7%, а летальність при цьому досягає 82% [7, 8].

Матеріали та методи дослідження

Під час роботи в госпіталі «АЗАЛ» (1996-1999 рр.) було прооперовано 1298 постраждалих з відкритою (892, або 68,7%) і закритою (406, або 31,3%) травмами живота. Серед постраждалих з відкритою травмою живота 601 (46,3%) були з вогнепальними пораненнями і 291 (22,4%) – з колото-різаними пораненнями. Серед 406 постраждалих із закритою травмою живота у 352 (27,1%) вона була отримана внаслідок дорожньо-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 в провінціях Са'ада та Маріб, які отримували адекватну відповідь з боку державних збройних сил Ємену. Постраждалі з цих провінцій доставлялися до Центрального військового госпіталю м. Сан'a, а коли цей госпіталь було перевантажено, то до госпіталю «АЗАЛ» або гелікоптерами, або колісним транспортом після надання первинної хірургічної допомоги в госпіталях міст Хадж, Хамр, Амран, Аль-Хазм. Інші постраждалі з вогнепальними пораненнями, що не мали відношення до спалахів збройних конфліктів із сепаратистами, доставлялися до госпіталя переважно колісними транспортними засобами або з міста пригоди, або з іншого лікувального закладу, де було надано медичну чи хірургічну допомогу в тому ж чи іншому обсязі.

У 42 (3,2%) постраждалих з травмою живота була застосована тактика ПЕХЛ, з яких у 26 (2,0%) хворих початок її впровадження починається в інших госпіталях, а продовження було здійснено в госпіталі «АЗАЛ». Релапаротомії, які не були продовженням тактики ПЕХЛ, 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 ПЕХЛ вже завершено, але через певний термін часу виникали показання до виконання саме релапаротомії. Тому, незважаючи на те, що тактику ПЕХЛ було застосовано у цих 9 постраждалих, вони все ж таки рахувались у групі пацієнтів, у яких релапаротомію не пов'язували з використанням тактики ПЕХЛ. Серед цих 9 постраждалих під час виконання релапаротомії була визначена необхідність 4 (0,3%) пацієнтам виконувати ще одну, тепер вже планову релапаротомію.

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

Результати дослідження та їх обговорення

Причинами релапаротомій у 103 постраждалих, яким не було застосовано тактику ПЕХЛ, були: неспроможність швів порож-

нистих 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 внутрішньоочеревинна кровотеча – 9 (8,7%), внутрішньопечінкові абсцеси – 6 (5,8%), перфорація гострих виразок тонкої кишки – 5 (1,9%), тромбоз брижових судин – 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:

1. гостра спайкова кишкова непрохідність – 4;
2. перфорація гострих виразок тонкої кишки – 2;
3. тромбоз брижових сосудів – 1;
4. панкреонекроз – 1;
5. абсцес черевної порожнини – 1.

Релапаротомії виконували в ранні терміни часу після першої операції від 1 до 19 діб, а планові релапаротомії (як санаційні, так і реконструктивні) виконували в термін від 24 до 96 год.

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 за 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 релапаротомій у хворих з післяоператійними ускладненнями, були: санация черевної порожнини, аспірація патологічного вмісту та лаваж черевної порожнини, декомпресія травного каналу, стійкий гемостаз, усунення кишкової непрохідності, видалення некротичних тканин, відновлення цілісності порожністих органів, забезпечення адекватного дренування черевної порожнини, системна антибактеріальна та імуно-коригуюча терапія, нутрітивна, метаболічна та підтримуюча комплексна терапія.

При ралапаротоміях у постраждалих з пошкодженнями органів черевної порожнини застосовували інтубацію тонкої кишки як через апендикостому, так і трансназоезофагогастральну. У клінічних випадках, коли передбачали проведення продовженої штучної вентиляції легенів, перевагу віддавали трансназоезофагогастральній інтубації тонкої кишки, оскільки відмова від апендикостоми зменшувала інтраопераційну травму в несприятливих умовах. У ряді випадків (продовжуваний після первинної операції невідокремлений перитоніт при гематомах брижі товстої кишкі або при її десерозаціях) інтубацію тонкої кишкі поєднували з трансанальною інтубацією товстої кишкі.

Висновки

1. Застосування програмованого етапного хірургічного лікування релапаротомій і планових релапаротомій має важливе значення в комплексному лікуванні постраждалих з відкритою і закритою, ізольованою і поєднаною травмою живота як у мирний час, так і під час воєнних конфліктів.
2. Необхідно визначити, що після завершення реалізації тактики планового етапного хірургічного лікування може виникнути необхідність у виконанні релапаротомії або низки релапаротомій (релапаротомія і подальші планові релапаротомії), що можуть носити санаторійний або (і) реконструктивний характер.
3. Декомпресійна інтубація тонкої та (або) товстої кишок є не тільки заходом профілактики післяопераційних абдомінальних ускладнень у постраждалих з травмою живота при виконанні первинної операції в повному обсязі або при застосуванні програмованого етапного хірургічного лікування, а також являється складовою релапаротомій, які виконуються при необхідності усунення ускладнень.
4. У разі необхідності проведення продовженої штучної вентиляції легенів застосування декомпресійної трансназоезофагогастральної інтубації тонкої кишкі дозволяє відмовитись від її інтубації через апендикостому і, таким чином, не поширювати інтраопераційну травму в несприятливих умовах.

Література

1. Алексеев А.В. Огнестрельные ранения живота современными высокоскоростными пулями и стреловидными элементами: Дис. ... д.мед.н. – 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-Медиа, 2011. – 672 с.
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: опыт 590 наблюдений / Мат. II конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. – СПб.: ВМедА, 1998. – С. 212-213.
6. Быков И.Ю., Ефименко Н.А., Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. Краткая история развития военно-полевой хирургии // 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 внутрибрюшных осложнений // Хирургия. – 2003. – №8. – С. 19-23.
8. Перцев В.Н., Кравец Н.С., Рылов А.И., Прудиус В.С. Релапаротомия – эффективный метод лечения осложнений у пострадавших с закрытой абдоминальной 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. – СПб., 2003.
10. Быков И.Ю., Ефименко Н.А., Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. Современная боевая хирургическая патология. Величина и структура санитарных потерь хирургического профиля // 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.мед.н.: 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. – Vol. 48. – №1. – P. 15-20.
13. Holcomb J.B. The 2004 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. – №1. – P. 9-22.

С.А.Асланян. Релапаротомия, плановая релапаротомия и программное этапное хирургическое лечение пострадавших с повреждениями органов живота. Киев, Украина.

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

В статье представлен опыт применения программного этапного 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.Сана'a, Йеменская Республика) в период 1996-1999 гг.

S.A.Aslianian. Relaparotomy, planned relaparotomy and programmatic stage surgical treatment of victims with abdominal injuries. Kyiv, Ukraine.

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

The article presents experience of the application programmatic stage surgical treatment, relaparotomy and planned relaparotomy in 1289 patients with open and closed isolated and associated abdominal injuries, while working at the hospital «Azal» (Sana'a, Yemeni Republic) at the 1996 to 1999 period.