

**Розділ 6**  
**Актуальні питання хірургії**  
**пошкоджень**

© *Проблеми військової охорони здоров'я, 2012*  
УДК 616.381 — 001 — 06,616, — 002.3 — 089

**ПРОГРАМОВАНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ**  
**ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОШКОДЖЕННЯМ**  
**ОРГАНІВ ЖИВОТА:**  
**ПИТАННЯ ЗМІСТУ І ТЕРМІНОЛОГІЇ**

*С.А.Асланян*

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

---

---

У роботі наведено адаптацію іноземного терміну «damage control surgery» до україномовного визначення і детерміновано зміст програмованого хірургічного лікування.

*Ключові слова: програмоване хірургічне лікування.*

---

---

***Вступ***

При тяжких ізольованих, множинних і поєднаних пошкодженнях хірургами багатьох країн світу [1, 3-15] застосовується «damage control surgery» (хірургічний контроль пошкоджень), який було розпрацьовано для попередження загибелі постраждалих від в край тяжких травм живота з масивною крововтратою шляхом обмеження обсягу первинних операцій діями, спрямованими тільки на врятування життя (зупинка внутрішньої кровотечі, попередження витоку вмісту порожнистих органів) з подальшим остаточним поновленням пошкоджених органів і структур після стабілізації життєво важливих функцій організму. При цьому «damage control surgery» різні автори детермінують по різному: як методику [7], як тактику [1,3-6] і як технологію [8], а Е.К.Гуманенко зі співавт. в 2009 р. засвідчили, що за-

гальноприйнятого в Росії аналога цьому терміну не існує [4]. Це питання потребує свого вирішення і українськими хірургами, оскільки: «Хірургія ушкоджень, як і будь-яка інша наука, має потребу у спеціальній лексиці, на якій фіксується й понятійний апарат... Важко переоцінити значення термінологічних і класифікаційних систем у науковому пізнанні. Тільки чіткі систематизовані матеріали можуть бути основою серйозних наукових досліджень» [2]. Підтвердженням вищезазначеному є факт продовження пошуку загальноприйнятого аналогу для «damage control surgery» хірургами Російської Федерації.

У 2003 р. О.В. Семенов [7] визначив: «С точки зору адаптації іноземних термінів до російськомовних визначень найбільш вдалим названим цієї тактики відповідає — скорочена лапаротомія з програмуваною релапаротомією» (СЛПР).

А в 2009 р. в Національному посібнику з воєнно-польової хірургії фахівцями Російської Федерації [4] було запропоновано аналогом до «damage control surgery» вважати «запрограмоване багатетапне хірургічне лікування (ЗМХЛ)».

А вже в 2011 р. І.М.Самохвалов та співав. [5] змінили це визначення на «багатетапне хірургічне лікування» (МХЛ).

Необхідно підкреслити, що і в англійській спеціальній медичній літературі до того, як отримав визнання і поширився термін «damage control surgery», існувало декілька його синонімів: delayed gastrointestinal reconstruction (відстрокована гастроінтестинальна реконструкція) [10], etappen lavage (етапне промивання) [13], abbreviated laparotomy and planned reoperation (скорочена лапаротомія та запланована повторна операція [9], bail out (врятувати з біди, або bailout — катапультивання, тобто прискорене завершення операції) [12], а також staged celiotomy (поетапна лапаротомія) [14].

### ***Розв'язання проблеми***

З метою адаптації іноземних термінів до україномовних визначень кафедрою військової хірургії Української військово-медичної академії було запропоновано [1] «damage control surgery» детермінувати як програмоване етапне хірургічне лікування (ПЕХЛ).

Однак у подальшому було прийнято рішення удосконалити цей аналог і тактику «damage control» визначати як програмоване хірургічне лікування (ПХЛ). Відмову від слова «етапне» здійснено з метою опосередження виникнення понятійних помилок з «лікуванням на етапах медичної евакуації».

Змістом «damage control surgery» за M. Rotondo et al. (1993) є попередження розвитку несприятливого результату шляхом скорочення обсягу і травматичності першого операційного втручання зі зміщенням остаточного поновлення пошкоджених органів і структур до стабілізації життєво важливих функцій організму [9].

У 2012 р. І.М. Самохвалов та співав. [5] зміст сформулювали таким чином: «Тактика МХЛ («damage control surgery») направлена на предупреждение развития неблагоприятного исхода путем сокращения объема первого оперативного вмешательства (выполняется сокращенное неотложное хирургическое пособие) и смещения окончательного восстановления поврежденных органов и структур до стабилизации жизненно важных функций организма». Це майже повністю повторює визначення M. Rotondo et al.

На сучасному етапі розвитку хірургії галузь застосування ПХЛ значно поширилась, оскільки ця тактика довела свою високу ефективність як при тяжких травмах інших анатомічних локалізацій (orthopedic damage control urologic damage control та ін.), так і при патологічних станах, не пов'язаних з травмою (мезенторіальний тромбоз, перитоніт та ін.). Змінилися і показання до застосування ПХЛ, яке стали використовувати не тільки при вкрай тяжкому стані постраждалих, а також і з урахуванням медико-тактичних умов (недостатність хірургічних сил і засобів), госпіталізація великої кількості постраждалих до лікувального закладу або на етап медичної евакуації та ін. [4].

Виходячи із цього, на кафедрі військової хірургії Української військово-медичної академії було визначено, що змістом ПХЛ є досягнення позитивного результату лікування постраждалих або хворих шляхом скорочення терміну, обсягу і травматичності першого операційного втручання, під час якого планується зміщення в часі остаточного завершення необхідної обробки пошкоджених або патологічно змінених органів і структур до періоду стабілізації життєво важливих функцій організму пацієнта та поліпшення умов для виконання програмованих повторних операцій.

Кафедрою військової хірургії Української військово-медичної академії і кафедрою травматології, ортопедії та хірургії надзвичайних станів Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького було запропоновано зупинку у виконанні хірургічних маніпуляцій під час реалізації ПХЛ у термін одного наркозу детермінувати як хірургічну паузу, яка в середньому тривала  $94,5 \pm 7,2$  хвилини [8]. За даними цих авторів, у інших постраждалих, незважаючи

на зупинену кровотечу і медикаментозну стабілізацію систолічного артеріального тиску, показники гомеостазу були без позитивної динаміки, тому їх переводили у відділення реанімації та інтенсивної терапії з виконанням у наступному програмованої релaparatomії. Це також є хірургічна пауза, яка відрізняється від вищезазначеної інтенсивністю, обсягом і терміном терапевтичних дій та місцем їх проведення, що потребує іншого визначення. Найбільш логічним може бути — продовжена або велика хірургічна пауза.

Скорочена перша операція у поєднанні з хірургічною паузою і (або) продовженою хірургічною паузою, програмованою повторною операцією (або операціями), є складовими програмованого хірургічного лікування як постраждалих, так і хворих.

Хоча термін «лапаратомія» визначає тільки розкриття черевної порожнини, з метою не порушувати стійкі традиції в абдомінальній хірургії пропонується першу скорочену операцію детермінувати як «скорочена лапаратомія<sup>7</sup> і додавати до цього визначення зміст скорочених хірургічних дій. Наприклад: «скорочена лапаратомія, тампонада пошкоджень печінки». Таким чином буде зазначено, що тампонада не передбачалась як остаточний засіб хірургічного лікування пошкоджень печінки з подальшим видаленням тампонів через контрапертуру у стінці черевної порожнини. Або «скорочена лапаратомія, обструктивна резекція тонкої кишки, герметизація затискачами». Зрозуміло, що після стабілізації загального стану пацієнта (а при необхідності і його транспортування до іншого лікувального закладу або на наступний етап евакуації) програмована повторна операція повинна передбачати заміну затискачів з реконструктивними діями.

Таким чином, скорочена лапаратомія — це операційне втручання на органах і структурах черевної порожнини і заочеревинного простору, що у зв'язку з вкрай тяжким загальним станом пацієнта або (і) за недостатністю медико-тактичних умов вимагає скорочення хірургічних маніпуляцій, які створюють умови для остаточного завершення хірургічного лікування шляхом виконання повторної програмованої операції, обсяг і час виконання якої плануються під час скороченої лапаратомії, що завершується «закриттям» черевної порожнини або формуванням лапаростоми.

Виходячи із цього, програмовану повторну операцію в абдомінальній хірургії пропонується детермінувати як «програмовану релaparatomію» і після цього формулювати обсяг та зміст хірургічних маніпуляцій, що були виконані під час цієї програмованої релaparatomії.

томії, після чого визначаються відсутність або наявність показань і строки для виконання наступної програмованої релапаротомії, а також методи обробки лапаротомної рани «закриття» або «не закриття» черевної порожнини.

Після вищезазначеного виникає необхідність у токому ж ключі детермінувати такі загальновідомі речі, як лапаротомія і релапаротомія.

Лапаротомія — операційне втручання на органах і структурах черевної порожнини і заочеревинного простору, що передбачає повне і остаточне завершення необхідних за ситуацією хірургічних маніпуляцій.

Релапаротомія детермінується як повторне операційне втручання на органах і структурах черевної порожнини і заочеревинного простору, виконання якого не планувалось під час попередньої лапаротомії або програмованої релапаротомії.

Необхідно особливо зазначити, які в практиці зустрічаються ситуації, коли після прийняття рішення стосовно завершення ПХЛ виникають ускладнення, що потребують негайного виконання операційного втручання (гостра кишкова непрохідність, перфорація гострої виразки та ін.), і така операція визначається як звичайна релапаротомія, оскільки її виконання не передбачалось під час попередньої операції. У ряді випадків під час такої релапаротомії, яка не передбачалась ПХЛ, виникають показання до виконання програмованої релапаротомії. Тобто виникає необхідність у продовженні ПХЛ, яке раніше вважалось вже завершеним. На кафедрі військової хірургії було запропоновано такі ситуації детермінувати як другу стадію ПХЛ.

Релапаротомія і планова релапаротомія за змістом можуть бути санаційними, реконструктивними або для зупинки кровотечі (гемостатичними). Цей розподіл має досить умовний характер. Так, якщо санації (релапаротомія або програмована релапаротомія) можуть бути виконані без реконструктивних дій, то реконструктивні і гемостатичні завжди передбачають необхідність санаційного компонента.

## ***Висновки***

1. Для вирішення проблеми уніфікації і стандартизації термінів у галузі хірургії пошкоджень і хірургії взагалі, кожна фахова конференція може готувати відповідні пропозиції, а кожний черговий з'їзд хірургів України може своїм рішенням затверджувати перелік тер-

мінів, класифікацій та інших положень, обов'язкових до застосування, як в практичній діяльності, так і в наукових дослідженнях.

2. Ця проблема далека від остаточного вирішення і ніколи не може бути вирішена остаточно, оскільки вона є ареною боротьби думок і повинна відображати розвиток галузі, а це повинен контролювати і спрямовувати з'їзд хірургів України.

### **Література**

1. Асланян С.А. Реллапаротомія, планова реллапаротомія і програмоване етапне хірургічне лікування у постраждалих з пошкодженням органів живота / С.А.Асланян // Проблеми військової охорони здоров'я: 36. наук. праць Укр. військ.-медичн. академії. — Вип.32. — Київ, 2012. — С. 60-66.
2. Булага В.В. Політравма: термінологічна проблема / В.В.Булага // Проблеми військової охорони здоров'я: 36. наук. праць Укр. військ.-медичн. академії. — Вип.11. — Київ, 2002. — С. 3-7.
3. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М. Сочетанные ранения и травмы // Военно-полевая хирургия: Национальное руководство / Под. ред. И.Ю.Быкова, Н.А.Ефименко, Е.К.Гуманенко. — М.: ГОЭТАР-Медия, 2009. — С. 721-748.
4. Гуманенко Е.К. Запрограммированное многоэтапное хирургическое лечение ранений травм в военно-полевой хирургии (damage control surgery): Военно-полевая хирургия: национальное руководство / Е.К.Гуманенко, И.М.Самохвалов, А.А.Завражнов. Под.ред. И.Ю.Быкова, Н.А.Ефименко, Е.К.Гуманенко — М.: ГОЭТАР-Медия, 2009. — С. 322-333.
5. Применение тактики многоэтапного лечения («damage control») в военно-полевой хирургии / И.М.Самохвалов, В.А.Мануковский, В.И.Бадалов и др. // Военно-медицинский журнал. — 2011. — №9. — С. 30-36.
6. Ранения и травмы живота / Н.А.Ефименко, И.А.Ерьюхин, И.М.Самохвалов и др. // Военно-полевая хирургия: национальное руководство / Под.ред. И.Ю.Быкова, Н.А.Ефименко, Е.К.Гуманенко — М.: ГОЭТАР-Медия, 2009. — С. 585-621.
7. Семенов А.В. Показания и методика сокращенной лапаротомии с программируемой реллапаротомией в лечении огнестрельных ранений живота на этапах медицинской эвакуации (клинико-экспериментальное исследование: Автореф. дис. ... к.мед.н. — СПб., 2003. — 20 с.
8. Хірургічна пауза і технологія. «Damage control» у постраждалих із тяжкою закритою поєднаною абдомінальною травмою / І.Р.Трутяк, Я.Л.Заруцький, Ю.Я.Філь та ін. // Проблеми військової охорони здоров'я: 36. наук. праць Укр. військ. медичн. академії: — Вип.32. — Київ, 2012. — С. 167-176.

9. Abbreviated laparotomy and planned reoperation for critically injured patients. / J.M.Burch, V.B.Ortiz, R.J.Richardson [et al] // Ann. Surg. — 1992. — Vol. 215, №5. — P. 476-484.
10. Carrillo C. Delayed gastrointestinal reconstruction following massive abdominal trauma. // C.Carrillo, R.J.Fogler, G.W.Shaftan // J. Trauma. — 1988. — Vol. 34, №2. — P. 233-235.
11. «Damage control»: An approach for improved surgical in exsanguinations penetrating abdominal injury / M.Rotondo, C.W.Schwab, M.D.McGonigal [et. al] // J. Trauma. — 1993. — Vol. 35, № 3. — P. 375-382.
12. Abdominal packing for surgically uncontrollable hemorrhage / KW.Sharp, R.J.Locicero // Ann. Surg. — 1992. — Vol. 215, №5. — P. 467-475.
13. Timing of fractures fixation in multitrauma patients: the role of early total care and damage control surgery / H.-C.Pape, P.Tornetta, I.Tarkin [ et al.] // Y. Am.Acad. Orthop.Sur. — 2009. — Vol. 17, №9. — P. 541-549.
14. Temporary abdominal closure (TAC) for planned relaparotomy (etap-penlavage) in trauma. / C.Aprahamian, D.H.Wittmann, J.M.Bergstein, E.J.Quebbeman // J. Trauma. — 1990. — Vol. 30, №6. — P. 23-719.
15. The staged celiotomy for trauma: issues in unpacking and reconstruction. / J.A.Jr.Morris, V.A.Eddy, T.A.Blinman [et. al.] // Curr. Probl. Surg. — 1993. — Vol. 217, №5. — P. 84-576.

***С.А.Асланян. Программное хирургическое лечение пострадавших с повреждением органов живота: вопросы содержания и терминологии. Киев, Украина.***

***Ключевые слова: программируемое хирургическое лечение.***

В работе приводится адаптация иностранного термина «damage control surgery» к украиноязычному определению и детерминируется содержание программируемого хирургического лечения.

***S.A.Aslanyan. Programmable surgical treatment of patients with damage to the organs of the abdomen: the question of content and terminology. Kyiv, Ukraine.***

***Key words: programmable surgery.***

The article presents an adaptation of a foreign term «damage control surgery» to the Ukrainian-definition and is determined by the contents of programmable surgical treatment.