

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕТАПНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ЗАКРИТОЮ ПОЄДНАНОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Я.Л.Заруцький, Ю.М.Олійник

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

У загальній структурі поєднаної травми пошкодження живота коливаються від 10,2 до 30,3%. Рівень летальності при закритій поєднаній абдомінальній травмі (ЗПАТ) складає від 10,7% до 69,7% і визначається тяжкістю пошкоджень і об'ємом крововтрати. Високі цифри летальності у пацієнтів із травмою живота в перші 72 години обумовлені, у першу чергу, декомпенсованим травматичним шоком, а надалі розвитком синдрому поліорганної недостатності та гнійно-септичних ускладнень. Питання застосування етапного хірургічного лікування, вибору оптимального обсягу, тривалості хірургічного втручання в перші години після травми та термінів виконання наступних операцій у залежності від об'єктивної оцінки ступеня тяжкості стану і прогнозу перебігу травматичної хвороби і до сьогодні остаточно не вирішені, що і зумовило зміст даної роботи.

Метою роботи було покращити результати лікування постраждалих із закритою поєднаною абдомінальною травмою шляхом застосування етапних хірургічних втручань.

Проаналізовано результати лікування постраждалих із ЗПАТ, які знаходилися на лікуванні у відділенні політравми Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період з 2000 до 2009 р. Групи порівняння були рандомізовані за віком, статтю, механізмом та тяжкістю пошкоджень. У постраждалих основної групи (n=126) була застосована тактика етапного хірургічного лікування. У постраждалих контрольної групи (n=198) виконувались традиційні методи хірургічного лікування.

Для оцінки тяжкості ЗПАТ та прогнозування перебігу травматичної хвороби ми застосовували розроблені колективом кафедри військової хірургії УВМА моделі — анатомо-функціональний показник (АФП) та багатофакторний аналіз (БФА).

У постраждалих із ЗПАТ при «сприятливому» прогнозі перебігу травматичної хвороби виконували остаточну зупинку внутрішньочеревної кровотечі традиційними методами в повному обсязі. У постраждалих з «несприятливим» прогнозом при ЗПАТ із пошкодженням паренхімних органів IV-V ст. застосовували етапне хірургічне лікування — тактику «damage control». Критеріями стабілізації стану постраждалого для виконання програмованої релапаротомії були: АТ>90 мм рт.ст.; шоківий індекс <1,0; ЧСС<100/хв.; БФА<0,8; АФП<600 ум.од.; діурез >50 мл/год.

У загальному масиві дослідження на одного пацієнта приходилось у середньому 2,9 операційних втручань, причому в контрольній групі — 2,6 втручання на 1 травмованого, а в дослідній — 3,3 на 1 травмованого ($p<0,05$). Завдяки застосуванню етапного лікування зменшилась кількість вимушених релапаротомій за невідкладними показаннями з 9,1% у контрольній групі до 3,2% в основній ($p<0,05$), що вказує на досягнення надійного гемостаза та попередження мікробної контамінації у даної категорії пацієнтів. У постраждалих із ЗПАТ в групі дослідження широко застосовували органозберігаючі операції на селезінці, кількість яких збільшилась у 6 разів. Були впроваджені мініінвазивні втручання на паренхімних органах під контролем УЗД 4,8%. Кількість операцій зі стабілізації тазового кільця та довгих кісток апаратами зовнішньої фіксації та щипцями Ганса як один із дієвих протишоківих заходів при ЗПАТ збільшилась у 2,3 разу. Застосування внутрішнього металоостеосинтезу при супутній скелетній травмі зросло в 1,5 рази. Удвічі частіше виконувалось накладання *anus praeternaturalis* при пошкодженні низхідної ободової, сигмоподібної та прямої кишки.

Летальність у групі з вихідним «сприятливим» прогнозом склала 5,0%, із «сумнівним» — 23,1%, у підгрупі з «несприятливим» прогнозом померло 73,5% пацієнтів.

Основною причиною смерті в першу добу був травматичний шок і крововтрата понад 20% ОЦК у контрольній групі — 45 (23,2%), в основній — 19 (15,1%), у ранньому і пізньому післяшоківому періодах — поліорганна недостатність (18 — 9,1% і 14 — 11,1% відповідно) і тромбоемболічні ускладнення (5 — 2,5% і 2 — 1,6% відповідно).

Основними причинами летальних наслідків у постраждалих, які померли після 7 доби (у III періоді травматичної хвороби) були гнійно-септичні ускладнення — 10 (5,0%) і 3 (2,4%) відповідно.

Таким чином, застосування розроблених і запропонованих програм діагностики, методик хірургічних втручань, технологій лікування пацієнтів із ЗПАТ дозволило знизити частоту виникнення післяопераційних ускладнень в основній групі відносно контрольної в 2 рази — з 28 (14,1%) до 9 (7,1%) та загальний рівень зі 112 (56,6%) до 61 (48,4%) ($p < 0,05$), летальність з 95 (47,98%) у контрольній групі до 49 (38,89%) в основній групі, причому в гострому періоді травматичної хвороби з 56 (28,28%) до 24 (19,04%) ($p < 0,05$).