

## Закрита травма живота

**Мета роботи:** зменшити післяопераційну летальність та покращити ближні й віддалені результати хірургічного лікування хворих із травмою живота в умовах політравми та поєднаної травми.

**Матеріали і методи.** Проаналізовані результати хірургічного лікування 172 хворих із травмою живота в умовах політравми та поєднаної травми, що перебували на лікуванні в відділенні політравми КНП “ТМКЛШД” за 2017–2019 р. З них 130 хворих оперовано за життєвими показаннями в ургентному порядку з приводу травми живота, виконано 169 оперативних втручань.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Торакоабдомінальні травми та поранення діагностовано у 22 пацієнтів, що склало 16,9 % від всіх хворих із травмою живота в умовах політравми. З закритою травмою живота або проникаючими пораненнями черевної порожнини оперовано 104 хворих – 80 % всіх оперованих пацієнтів. Виконано 127 оперативних втручань. При лікуванні хворих із травмою живота в умовах політравми та поєднаної травми дотримувалися основних концепцій лікування політравми: “золотої години”; хірургічної реанімації і “damage control”; поліорганної недостатності; травматичної хвороби; ортопедичної реанімації. Застосування тактики багатоетапного хірургічного лікування дозволило зменшити післяопераційну летальність з 14,5 % до 9,2 %.

**Ключові слова:** політравма; травма живота; “damage control”; післяопераційна летальність.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** За даними МОЗ України, від травм щорічно гине 31–44 тис. осіб, із них 20–25 % – від поєднаної травми. Частота політравми за останні роки складає 5,5–35 % серед усіх травмованих пацієнтів [1].

Летальність при політравмі становить 12,2–63,4 %, із них у перші 24–48 год помирають 65,1–70,0 % потерпілих (35,0 % у перші 15 хв від моменту травми) [2].

У мирний час абдомінальні травми становлять від 1,5 до 4,5 % всіх травм. Неухильне зростання числа індивідуальних транспортних засобів, особливо в великих містах, у найближчі роки призводить до стрімкого зростання травматизму. Крім того, значна криміналізація суспільства, відносна доступність холодної та вогнепальної зброї роблять свій внесок у загальну кількість травматичних ушкоджень [3–5].

Частота поранень живота в сучасних військових конфліктах досягає 6,6–9,0 %. Незважаючи на поліпшення догоспітальної допомоги, скорочення строків евакуації і широке застосування індивідуальних засобів захисту, частота поранень живота не має тенденції до зниження [6, 7].

**Мета роботи:** зменшити післяопераційну летальність та покращити ближні й віддалені результати хірургічного лікування хворих із травмою живота в умовах полі- та поєднаної травми.

**Матеріали і методи.** В відділенні політравми ТМКЛШД за 2017–2019 рр. госпіталізовано та проліковано 172 хворих із травмою живота, в умовах політравми та поєднаної травми. З них 130

хворих оперовано за життєвими показаннями в ургентному порядку з приводу травми живота, виконано 169 оперативних втручань. Хворим проводили клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження за уніфікованими протоколами.

При лікуванні хворих із травмою живота в умовах політравми та поєднаної травми дотримувалися основних концепцій в лікуванні політравми: “золотої години”; хірургічної реанімації і “damage control”; поліорганної недостатності; травматичної хвороби; ортопедичної реанімації.

Оперативні втручання у тяжких хворих із травмою живота виконували з метою зупинки триваючої внутрішньочеревної кровотечі і запобігання прогресуванню перитоніту, як правило, за принципами тактики багатоетапного хірургічного лікування.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Найявністю у пораненого абсолютних або порівняльних відносних ознак проникаючого поранення або закритої травми живота з пошкодженням внутрішніх органів є показанням до хірургічного втручання – лапаротомії або лапароскопії.

Торакоабдомінальні травми та поранення діагностовано у 22 пацієнтів, що склало 16,9 % від всіх хворих з травмою живота в умовах політравми, цих пацієнтів оперовано.

У структурі оперативних втручань – торакотомія, зашивання легені, зупинка кровотечі, мікролапаротомія – у 6 хворих; торакотомія, зашивання легені, розривів брижі кишки – у 1 хворого; торакотомія, зашивання легені, розривів тонкої кишки, ПХО ран черевної і грудної стінки – у 1 хво-

рого; торакотомія, зашивання легені, розривів печінки, нирки, ПХО ран черевної і грудної стінки – у 1 хворого; торакотомія, зашивання легені, зупинка кровотечі, спленектомія – у 3 хворих; лапаротомія, спленектомія, торакоцентез – у 4 хворих; торакотомія, зашивання легені, видалення стороннього тіла порожнини перикарда, мікролапаротомія – у 1 хворого; лапаротомія, зашивання розривів печінки, торакоцентез – у 3 хворих; торакотомія, зашивання поранення серця, перикарда, міжреберної артерії, лапаротомія, зашивання діафрагми, брижі кишки – у 1 хворого; резекція тонкої та товстої кишки, торакоцентез – у 1 хворого.

Хірургічна тактика при торакоабдомінальних пораненнях визначалася тим, пошкодження в якій анатомічній ділянці більше небезпечні для життя. В більшості випадків проводили попереднє дренажування плевральної порожнини в 5 міжребер'ї та лароцентез або мікролапаротомію. Якщо по плевральних дренажах одночасно виділялося менше 1200 мл крові, а по дренажу з черевної порожнини отримували незмінену кров, в першу чергу виконували серединну лапаротомію з подальшим усуненням внутрішньочеревицьких пошкоджень та зашиванням діафрагми. В ході лапаротомії здійснювали постійний контроль за швидкістю поступлення крові по плевральних дренажах. Якщо вона перевищувала 250 мл за годину, то після досягнення тимчасового гемостазу в черевній порожнині зупинялися та виконували невідкладну торакотомію.

Якщо по плевральних дренажах отримували більше 1200 мл крові, що свідчило про внутрішньоплевральну кровотечу, що триває, або була клініка пошкодження серця, спочатку виконували невідкладну торакотомію, а потім, при наявності крові по перитонеальному дренажу, – лапаротомію (за необхідності – ще до зашивання торакотомної рани). При стабільному стані хворого з торакоабдомінальним пораненням або травмою використовували лапароскопію і/або торакокопію. Вважаємо, що при пораненнях грудної клітки нижче 6 ребра слід виключати торакоабдомінальне поранення.

З закритою травмою живота або проникаючими пораненнями черевної порожнини оперовано 104 хворих – 80 % всіх оперованих пацієнтів. Виконано 127 оперативних втручань. В структурі оперативних втручань: лапаротомія, зашивання розривів брижі кишки, сальника – у 8 хворих; лапаротомія, зашивання розривів печінки – у 8 хворих; мікролапаротомія – у 23 хворих; лапаротомія, зашивання розриву тонкої, товстої кишки – у 10 хворих; лапаротомія, резекція тонкої, товстої кишки – у 7 хворих; нефректомія – у 1 хво-

рого; спленектомія – у 20 хворих; лапаротомія, зашивання перфорації тонкої кишки – у 1 хворого; лапаротомія, ревзія – у 3 хворих; лапароскопія, ревзія – у 10 хворих; ПХО ран грудної стінки, черевної стінки – у 17 хворих; спленектомія лапароскопічна – у 2 хворих; лапароскопія, зупинка кровотечі з печінки – у 5 хворих; зашивання розривів сечового міхура, цистостомія – у 3 хворих; релапаротомія – у 2 хворих; програмована ревзія і санація черевної порожнини – у 7 хворих.

У багатьох випадках відмічено, що непроникаючі поранення живота з пошкодженням судин передньої черевної стінки можуть стати причиною масивної крововтрати.

Лапароцентез і мікролапаротомія з діагностичним перитонеальним лаважем залишаються важливими методами діагностики при травмах і пораненнях живота.

Скорочене УЗД має суттєве значення для виявлення вільної рідини в черевній порожнині, але від'ємний результат УЗД при нестабільній гемодинаміці хворого не є причиною для зупинки діагностичного пошуку.

Відсутність пошкоджень органів живота при КТ не є причиною для стовідсоткового виключення діагнозу травми живота.

Основним методом лікування пошкоджень живота залишається лапаротомія.

Головним принципом оперативного втручання при пошкодженнях живота є найшвидша зупинка кровотечі.

Лапароскопія може широко використовуватися на етапі спеціалізованої хірургічної допомоги. Виконували лапароскопію тільки при стабільній гемодинаміці хворого.

У післяопераційному періоді померло 12 пацієнтів, післяопераційна летальність становила 9,2 %. Причинами летальності стали: гіповолемічний шок, масивна кровотеча на фоні політравми у 7 хворих; політравма, гіповолемічний шок, флотуючі переломи ребер, РДС – у 2 хворих; політравма, тяжка черепно-мозкова травма, гіповолемічний шок – у 2 хворих; політравма, тяжка мінно-вибухова травма – у 1 хворого.

Застосування тактики багатоетапного хірургічного лікування дозволило зменшити післяопераційну летальність з 14, 5 % до 9,2 %.

**Висновки.** 1. Травматичні ушкодження органів черевної порожнини є однією з найскладніших проблем екстреної хірургії на сучасному етапі і в умовах війни.

2. Найскладнішою проблемою в діагностичному та лікувальному плані залишається поєднана

## З ДОСВІДУ РОБОТИ

травма органів грудної та черевної порожнин, що, як правило, ускладнюється масивною крововтратою і вимагає максимального напруження сил усієї чергової бригади.

3. При лікуванні хворих з травмою живота в умовах полі- та поєднаної травми необхідно дотримуватися основних концепцій в лікуванні політравми: “золотої години”; хірургічної реанімації і “damage control”; поліорганної недостатності; травматичної хвороби; ортопедичної реанімації,

що дозволяє суттєво зменшити післяопераційну летальність та покращити ближні та віддалені результати хірургічного лікування таких хворих.

**Перспективи подальших досліджень.** Ширше впровадження лапароскопії та торакоскопії для діагностики та лікування пацієнтів з абдомінальною та торакоабдомінальною травмою дозволить покращити ближні та віддалені результати лікування таких хворих.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антонюк М. Г. Хірургічна тактика при поєднаній закритій торакоабдомінальній травмі / М. Г. Антонюк // Клінічна хірургія. – 2000. – № 7. – С. 33–35.
2. Антонюк М. Г. Аналіз летальності при тяжкій закритій торакоабдомінальній травмі / М. Г. Антонюк // Клінічна хірургія. – 2003. – № 10. – С. 26–28.
3. Невідкладна військова хірургія // *Emergency War Surgery Free Download* (4th ed., 2013). Publisher (Ukrainian Edition 2015). Nash Format Publishing House, Kyiv, Ukraine. C568
4. Бігуняк В. В. Військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій / В. В. Бігуняк, В. Я. Білий, П. І. Білінський. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2004. – 324 с.

5. Военно-польова хірургія : підручник / [Заруцький Я. Л. та ін.] ; за ред. Я. Л. Заруцького, В. М. Запорожана. – М-во оборони України, МОЗ України. – Одеса : ОНМедУ, 2016. – 415 с.
6. Лоскутов О. Є. Посібник до практичних занять з військово-польової хірургії / О. Є. Лоскутов. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. – 218 с.
7. Организация хирургической помощи в лечебно-эвакуационной системе в горных условиях во время локальных войн (по материалам РА) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.17 / Шабоян Камо Рафикович. – Ереван. гос. мед. ун-т им. Мхитара Гераци. – Ереван, 2014. – 22 с.

### REFERENCES

1. Antoniuk, M.H. (2000). *Khirurgichna taktyka pry poiednaniі zakrytii torakoabdominalnii travmi* [Surgical tactics for combined closed thoracoabdominal trauma]. *Klinichna khirur.* – *Clinical Surgery*, 7, 33-35 [in Ukrainian].
2. Antoniuk, M.H. (2003). *Analiz letalnosti pry tyazhkii travmi torakoabdominalnii travmi* [Analysis of mortality in severe closed thoracoabdominal trauma]. *Klinichna khirur.* – *Clinical Surgery*, 10, 26-28 [in Ukrainian].
3. *Urgent Military Surgery. Emergency War Surgery Free Download* (4th ed., 2013). Publisher (Ukrainian Edition 2015). Nash Format Publishing House, Kyiv, Ukraine.
4. Bihuniak, V.V., Bilyi, V.Ya., & Bilinskyi, P.I. (2004). *Viiskova khirurhiia z khirurhiieiu nadzvychainykh sytuatsii* [Military surgery with emergency surgery]. Ternopil: Ukrmedknyha [in Ukrainian].

5. Zarutskiy, Ya.L., & Zaporozhan, V.M. (Eds.). (2016). *Voienno-poliova khirurhiia: pidruchnyk* [Military surgery: a textbook]. Defense Ministry of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine. Odesa: ONMedU [in Ukrainian].
6. Loskutov, O.E. (2003). *Posibnyk do praktychnykh zaniat z viiskovo-poliovoi khirurhii* [A guide to practical training in military surgery]. Ternopil: Ukrmedknyha [in Ukrainian].
7. Shaboyan Kamo Rafikovich (2014). *Organizatsiya khirurgicheskoy pomoshchi v lechebno-evakuatsionnoy sisteme v gornykh usloviyakh vo vremya lokalnykh voyn* (Po materialam RA) [Organization of surgical assistance in the medical-evacuation system in mountain conditions during local wars (based on RA materials)]. *Extended abstract of Candidate's thesis*. Yerevan State Medical University named after Mkhitar Heratsi. Yerevan [in Russian].

Отримано 02.12.2019

Електронна адреса для листування: Edik 3@ ukr.net

E. V. REMEZIUK

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

### CLOSED ABDOMINAL TRAUMA

**The aim of the work:** to reduce postoperative mortality and improve the close and remote results of surgical treatment of patients with abdominal trauma in the conditions of polytrauma and combined trauma.

**Materials and Methods.** The results of surgical treatment of 172 patients with abdominal trauma in the conditions of polytrauma and combined trauma who were treated at the Department of Polytrauma of Ternopil City Clinical Hospital of Emergency Care for 2017–2019 were analyzed. 169 surgical interventions were performed.

**Results and Discussion.** Thoracoabdominal injuries and injuries were diagnosed in 22 patients, accounting for 16.9 % of all patients with abdominal trauma in polytrauma conditions. With closed abdominal trauma or penetrating abdominal injuries, 104 patients were operated – 80 % of all operated patients. 127 surgical procedures were performed. In the treatment of patients with abdominal trauma in the conditions of polytrauma and combined trauma, the basic concepts of treatment of polytrauma were observed: the "golden hour"; surgical resuscitation and damage control; multiple organ failure; traumatic illness; orthopedic resuscitation. The use of multistage surgical treatment tactics reduced the postoperative mortality rate from 14.5 % to 9.2 %.

**Key words:** polytrauma; abdominal trauma; "Damage control"; postoperative mortality.

Э. В. РЕМЕЗЮК

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины

### ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА

**Цель работы:** уменьшить послеоперационную летальность и улучшить ближние и отделенные результаты хирургического лечения больных с травмой живота в условиях политравмы и сочетанной травмы.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 172 больных с травмой живота в условиях политравмы и сочетанной травмы, находившихся на лечении в отделении политравмы КНП "ТМКЛШД" по 2017–2019 г. Из них 130 больных оперированы по жизненным показаниям в ургентном порядке по поводу травмы живота, выполнено 169 оперативных вмешательств.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Торакоабдоминальные травмы и ранения диагностированы у 22 пациентов, что составило 16,9 % от всех больных с травмой живота в условиях политравмы. С закрытой травмой живота или проникающими ранениями брюшной полости оперированы 104 больных – 80 % всех оперированных пациентов. Выполнено 127 оперативных вмешательств. При лечении больных с травмой живота в условиях политравмы и сочетанной травмы придерживались основных концепций лечения политравмы: "золотого времени"; хирургической реанимации и "damage control"; полиорганной недостаточности травматической болезни; ортопедической реанимации. Применение тактики многоэтапного хирургического лечения позволило уменьшить послеоперационную летальность с 14,5 до 9,2 %.

**Ключевые слова:** политравма; травма живота, "Damage control"; послеоперационная летальность.