

А.Б. Кутовой, В.А. Чайка

ЛАПАРОСКОПИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ КРАНИОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», Днепропетровск

Реферат. В работе проведен анализ результатов лечения 97 пациентов с сочетанной краниоабдоминальной травмой в возрасте от 18 до 74 лет. Больные были разделены на 2 группы: основная (46), ведущим методом диагностики и лечения абдоминальной травмы у которых являлась видеолaparоскопия, и контрольная (51), в которой применялись лапаротомия, диагностический перитонеальный лаваж и лапаротомия. Показано, что применение видеолaparоскопии позволило в 23,5% случаев избежать выполнения диагностических лапаротомий, в 71,7% случаев завершить операцию с использованием эндовидеохирургических технологий, снизить частоту послеоперационных осложнений на 3,6% и уменьшить летальность на 4,1%.

Ключевые слова: эндовидеохирургия, сочетанная травма, повреждения органов брюшной полости

Из года в год механическая травма остаётся одной из наиболее значимых причин смертности среди работоспособного населения [1,3,6]. Характерной особенностью современного травматизма является увеличение удельного веса множественных и сочетанных травм, летальность при которых достигает 40-80% [1,2,3,6,7]. Повреждения органов брюшной полости при сочетанной травме встречаются в 18,5-36,5% случаев [4,6,7]. Наиболее угрожающей для жизни пациентов является краниоабдоминальная травма (КАТ), при которой наблюдается наибольший процент неудовлетворительных результатов лечения [3]. В течение первых суток летальность при КАТ составляет: до 1 часа после травмы погибает 15,1%, до 3 часов – 22,6%, до 6 – 13,2%, через 24 часа – 49,1% пострадавших [3]. Именно в этот период, по мнению многих авторов, лечебно-диагностический процесс характеризуется наибольшим количеством ошибок и дефектов оказания помощи [3,6]. В некоторых случаях фактором, который усугубляет состояние пострадавшего и приводит к летальному исходу, является гипердиагностика и последующее хирургическое вмешательство [2]. На современном этапе эндовидеохирургия надежно зарекомендовала себя как метод, отличающийся не только диагностической, но и лечебной эффективностью, что в отдельных случаях позволяет расценивать ее при КАТ как альтернативу традиционным лапаротомиям [1,2,4,5,7]. С учетом малой инвазивности использование эндовидеохирургии приобретает особое значение при сочетанных травмах, а наличие шока у таких пациентов не является противопоказанием к проведению видеолaparоскопии [4,7]. При этом возможность применения лапароскопии при КАТ все еще вызывает ряд вопросов, связанных, прежде всего, с влиянием метода на функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС) в условиях черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Целью исследования было оценить диагностическую и лечебную эффективность видеолaparоскопии у пациентов с сочетанной краниоабдоминальной травмой.

Материал и методы

Нами обобщен опыт лечения 97 пострадавших с сочетанием закрытой абдоминальной и ЧМТ, находившихся в клинике хирургии №2 Днепропетровской медицинской академии, на базе отделения интенсивной терапии политравмы Областной клинической больницы им. Мечникова за период с 2009 по 2013 гг. Возраст пациентов варьировал от 18 до 74 лет (средний возраст $39,3 \pm 9,8$ лет) с максимальной концентрацией больных в возрасте от 26 до 45 лет – 56,7%. Преобладали мужчины – 63,9%, женщины составили 36,1%.

Все пострадавшие были госпитализированы до 24 часов с момента получения травмы, из них 80,4% – в первые 4 часа. Подавляющая часть пациентов поступала в приёмное отделение в состоянии шока той или иной степени, при этом в большинстве случаев имели место проявления острой кровопотери. Шок I степени диагностирован у 32 (32,9%) пострадавших, II степени – у 28 (28,9%), III степени – у 20 (20,6%) и IV степени – у 9 (9,3%). У остальных 8 пациентов (8,3%) признаки шока на момент поступления не отмечались. Тяжесть травмы при поступлении оценивали по шкале Injury Severity Score (ISS). Показатель находился в пределах от 30 до 47 баллов (средний балл – $39,3 \pm 5,3$). Следует отметить, что в 64,9% доминирующим было повреждение органов брюшной полости (ОБП).

Всем пострадавшим в качестве скринингового метода диагностики проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) ОБП, при котором определяли наличие свободной жидкости в брюшной полости и в отдельных случаях признаки повреждения паренхиматозных органов. В зависимости от дальнейшей диагностической и лечебной программы больные были разделены на 2 группы: основная (46 пострадавших), ведущим методом у которых являлась видеолaparоскопия (ВЛС), и контрольная (51 пострадавший), в которой применялись только традиционные методы диагностики и лечения (лапаротомия, лапаротомия, диагностический перитонеальный лаваж (ДПЛ), лапаротомия).

Таблица 1. Виды операций

	Количество	%
Основная группа		
ВЛС, коагуляция повреждений печени	7	15,3
ВЛС, тампонирование повреждений печени	5	10,9
ВЛС, коагуляция повреждений селезёнки	7	15,3
ВЛС, тампонирование повреждений селезёнки	2	4,4
Санация, дренирование	12	25,8
Конверсия:		
Спленэктомия	7	15,2
Ушивание и тампонирование ран печени	5	10,9
Ушивание ран поджелудочной железы	1	2,2
Контрольная группа		
Ушивание и тампонирование ран печени	15	29,4
Спленэктомия	18	35,3
Коагуляция повреждений селезёнки	3	5,9
Резекция тела и хвоста поджелудочной железы	3	5,9
Санация, дренирование, наблюдение при гемоперитонеуме	12	23,5

Обе группы были сопоставимы по возрастным, половым и клиническим характеристикам. ВЛС производили под общей тотальной внутривенной анестезией и искусственной вентиляцией легких, с применением эндовидеохирургического комплекса «Olympus» OTV — SC. Критериями включения в исследование были повреждения паренхиматозных органов брюшной полости и ЧМТ, не требующая экстренного хирургического вмешательства. Для оценки динамики состояния центральной нервной системы (ЦНС) использовали шкалу глубины коматозного состояния Глазго (GCS). Тяжесть состояния больных в послеоперационном периоде определяли при помощи шкалы полиорганной недостаточности MODS.

Результаты и обсуждение

У 22 (47,8 %) больных основной группы видеолaparоскопия была выполнена в течение первого часа от поступления, у 17 (36,9 %) – 2 часов и у 7 (15,3 %) – 6 часов. В контрольной группе в течение первого часа было прооперировано 14 (27,5 %) больных, 2 часов – 19 (37,3 %), 6 часов – 12 (23,5 %), остальные 6 (11,7 %) оперированы позже 6 часов, что связано с несвоевременной диагностикой повреждения органов брюшной полости.

В результате выполнения видеолaparоскопии у всех больных было выявлено внутрибрюшное кровотечение, причем продолжающееся – у 36 (78,3 %). Причинами кровотечения в 17 (36,9 %) случаях были разрывы капсулы и паренхимы печени, в 16 (34,8 %) – повреждения селезенки, в 2 (4,4%) случаях причину кровотечения установить не удалось, а в 1 (2,2%) – повреждения поджелудочной железы. В остальных 10 (21,7%) случаях причиной гемоперитонеума явились забрюшинные гематомы, которые не требовали дополнительного хирургического вмешательства. В контрольной группе причинами внутрибрюшного кровотечения были разрывы капсулы и паренхимы се-

лезенки у 21 (41,2 %) больных, разрывы печени – у 15 (29,4 %) пострадавших, повреждения поджелудочной железы – у 3 (5,9 %). У 12 (23,5%) травмированных причиной нахождения геморрагического отделяемого в брюшной полости были забрюшинные гематомы.

Виды оперативных вмешательств выполненных в обеих группах представлены в табл 1.

Следует отметить, что количество диагностических лапаротомий в контрольной группе составило 23,5 %.

У 1 (2,2%) пострадавшего основной группы ранний послеоперационный период осложнился развитием гематомы левого поддиафрагмального пространства, что потребовало релапароскопии, санации и дренирования брюшной полости. В контрольной группе у 2 (3,9 %) больных в раннем послеоперационном периоде развилась клиника острой спаечной тонкокишечной непроходимости, что вызвало необходимость релапаротомии, висцеролиза, назоинтестинальной интубации, и в 1 случае (1,9%) имело место развитие нижнедолевой пневмонии.

Уровень сознания больных в обеих группах при поступлении оценивался преимущественно как сопор – кома 1 ст. ($7,8 \pm 2,2$ балла GCS в основной группе, и $7,9 \pm 1,4$ – в контрольной). На четвертые сутки послеоперационного периода большая часть пострадавших основной группы (84,7%) находилась в умеренном оглушении ($12,3 \pm 1,9$ балла GCS). В эти же сроки уровень сознания 75,0 % больных контрольной группы оставался на уровне глубокого оглушения ($10,6 \pm 2,2$ балла GCS). На шестые сутки было отмечено ясное сознание у 38 (64,4 %) больных основной группы ($13,1 \pm 0,9$ балла GCS) и только у 25 (57,2 %) – контрольной ($11,6 \pm 2,2$ балла GCS). Динамика сознания у пациентов обеих групп представлена на рис. 1.

Динамика изменений тяжести состояния пациентов согласно шкале MODS в различные сроки по-

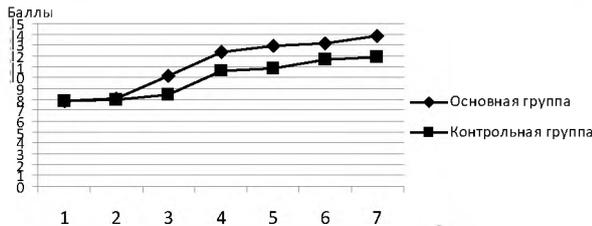


Рисунок 1. Динамика восстановления сознания.

слеоперационного периода представлена на рис. 2.

Летальность в основной группе составила 15,5%, в контрольной – 19,6%. Выводы

Таким образом, применение видеолапароскопии при сочетанной краниоабдоминальной травме позволило в 23,5% случаев избежать выполнения диагностических лапаротомий, в 71,7% случаев завершить операцию с использованием эндовидеохирургических технологий, снизить частоту послеоперационных осложнений на 3,6% и уменьшить летальность на 4,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимов А.Н. Оценка тяжести состояния и травмы пострадавших, оперированных с закрытой травмой живота, повреждением селезёнки / Алимов А.Н., Отлыгин Ю.В., Прямыков В.А. [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. – 2013. – №1. – С. 80-81.
2. Ермолов А.С. Лапароскопия при абдоминальной травме / А. С. Ермолов, П. А. Ярцев, А. А. Гуляев // *Неотложная медицина*. – 2011. – №1. – С. 6-10.
3. Королёв В.М. Эпидемиологические аспекты сочетанной травмы / В.М. Королёв // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2011. – №3. – С. 124-128.
4. Платонов Д.В., Марущак И.М., Перевоицков Д.В. и др. Повреждения печени и селезёнки у больных с изолированной и сочетанной абдоминальной травмой // *Материалы II съезда хирургов РФ, 2011*. – С. 615-616.
5. Пузанов С.Ю. Обоснованность применения эндовидеохирургической методики диагностики при травме живота / С.Ю. Пузанов, А.М. Алишихов // *Эндоскопическая хирургия*. – 2013. – №1. – С. 6-7.
6. Ярошецкий А.И., Проценко Д.Н., Игнатенко О.В. [и др.] Интегральные системы в оценке прогноза тяжёлой политравмы // *Медицина неотложных состояний*. – 2009. – №5 – С. 83-91.

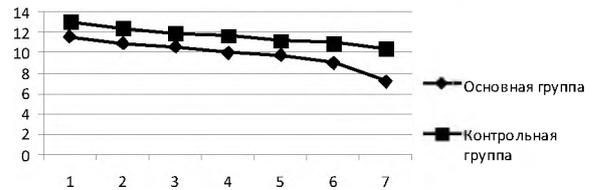


Рисунок 2. Динамика показателей шкалы MODS

7. Gohil V.D., Palekar H.D., Ghoghari M. Diagnostic and therapeutic laparoscopy in various blunt abdomen trauma // *World Journal of laparoscopic surgery* – 2009. Vol. 2 (2). – P. 42-47.

О.Б.Кутувий, В.О.Чайка

Лапароскопія у постраждалих з поєднаною краніоабдоминальною травмою

У роботі проведено аналіз результатів лікування 97 пацієнтів з поєднаною краніоабдоминальною травмою у віці від 18 до 74 років. Хворі були розділені на 2 групи: основна (46), провідним методом діагностики та лікування абдоминальної травми у яких була відеолапароскопія, і контрольна (51), в якій застосовувалися абдомінцентез, діагностичний перитонеальний лаваж і лапаротомія. Показано, що застосування відеолапароскопії дозволило в 23,5% випадків уникнути виконання діагностичних лапаротомій, в 71,7% випадків завершити операцію з використанням ендовидеохірургічних технологій, знизити частоту післяопераційних ускладнень на 3,6% і зменшити летальність на 4,1%.

A.Kutovoy, V.Chayka

Laparoscopy in patient with combined cranio-abdominal injury

In the article the results of treatment of 97 patients with combined cranio-abdominal injury of 18 to 74 years of age were analyzed. Patients were divided into 2 groups: primary (46), the leading method of diagnosis and treatment of abdominal trauma was videolaparoscopy and control (51), in which we used abdominocentesis, diagnostic peritoneal lavage and laparotomy. It was shown that the use of videolaparoscopy allowed in 23.5% of cases avoid the diagnostic laparotomy, in 71.7% of cases to complete the operation by endovideosurgical technologies, to reduce the incidence of postoperative complications by 3.6% and reduce the mortality rate by 4.1%.

Key words: endovideosurgery, combined trauma, injury of abdominal organs

Поступила в редакцію 02.09.2013