

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖИВОТА И ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Проф. П. Н. ЗАМЯТИН^{1,2}, д-р мед. наук Р. В. СТЕЦИШИН³,
канд. мед. наук Е. В. ПАНЧЕНКО¹, канд. мед. наук В. М. ЧЕВЕРДА²,
канд. мед. наук Д. П. ЗАМЯТИН²

¹ ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины»,
Харьков,

² Харьковский национальный медицинский университет,

³ Харьковский областной центр урологии и нефрологии имени В. И. Шаповала, Украина

Представлены результаты лечения пострадавших с доминирующим повреждением живота с сопутствующими повреждениями таза и тазовых органов при политравме. Сделаны выводы о том, что снижение летальности у данной категории пациентов в определенной степени связано со своевременной диагностикой, стабилизацией тяжелых переломов таза, что позволило достичь гемостаза, предупредить нарастание забрюшинных гематом и вовремя провести операции на внутренних органах брюшной полости и забрюшинного пространства, в том числе и мочеполовой системы.

Ключевые слова: политравма, доминирующие повреждения живота, сопутствующие повреждения таза и тазовых органов, выбор хирургической тактики.

Сочетание повреждений таза и живота встречается у 26–50 % пострадавших с политравмой, до 55 % повреждений таза сопровождается травмой живота [1–3]. Показатель летальности при этом варьирует от 18 до 56 %, а 54–86 % всех травмированных гибнет в первые двое суток после травмы от травматического и геморрагического шока [4–7].

Оказание хирургической помощи при сочетанных повреждениях органов брюшной полости, относящихся к наиболее тяжелой категории в структуре политравмы, представляет большие тактические и технические трудности, многие из которых не удалось преодолеть до настоящего времени [8–10].

Цель данной работы — анализ результатов хирургического лечения пострадавших с доминирующим повреждением живота и сопутствующими повреждениями таза и тазовых органов при политравме.

В исследовании, выполненном на клинических базах кафедры госпитальной хирургии Харьковского национального медицинского университета: в отделении травматического шока ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ» (373 пострадавших) и в отделении политравмы Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. А. И. Мещанинова (402 пациента), представлены результаты хирургического лечения лиц с множественными сочетанными закрытыми повреждениями — политравмой. С целью систематизации материала, наглядности и сопоставимости его анализа все пострадавшие были распределены

на две клинические группы: I ($n = 398$) — с применением необходимого минимума исследований и II ($n = 377$) — с использованием широкого диапазона различных диагностических методов и современных технологий. В наших наблюдениях доминирующее повреждение живота встретилось у 282 пострадавших, удельный вес которых в общей структуре политравмы, по материалам клиники, составил 36,4 %.

Рассмотренные методы статистического анализа реализованы с помощью пакета прикладных программ SPSS, версия 8.02 и CSS/3, CSS for Windows [11, 12]. Дополнительно для статистического анализа привлекались варианты структур медицинской интеллектуальной системы «Политравма», включая информацию, заложенную в автоматизированный банк данных по данной проблеме. Адекватность всех полученных в работе статистических выводов подтверждена соответствующими критериями Фишера при стандартных условиях значимости [13, 14].

В зависимости от хирургической тактики все 282 пострадавших с доминирующими повреждениями живота были разделены на две группы. В первую были включены 128 (45,3 %) пациентов, которые получили традиционное хирургическое лечение с анализом его тактических ошибок. Вторая группа состояла из 154 (54,7 %) пострадавших, оперированных с применением современных технологий, при этом выполнялись, как правило, органосохраняющие операции с реинфузией излившейся крови.

В зависимости от тяжести травматического шока пациенты были распределены таким образом:

в терминальном состоянии поступило 118 (15,2%) пострадавших. Шок III степени отмечен у 329 (42,3%), а I и II степени — у 98 (12,7%) и 153 (19,8%) пострадавших соответственно.

Среди поврежденных анатомо-физиологических областей (АФО) при доминирующем повреждении живота были выделены различные сочетания с сопутствующими повреждениями таза — в 142 (50,3%) случаях, груди — в 137 (48,6%), конечностей — в 86 (30,5%), головы — в 69 (24,5%) и позвоночника — в 12 (4,3%). Из наиболее часто встречающихся повреждений различных АФО особую группу составили 142 (50,3%) пострадавших с различным характером и сочетанием повреждений тазового кольца. Так, сочетание живот + таз встретилось у 69 (48,7%) пациентов, живот + грудь + таз — у 24 (16,9%), живот + таз + конечности — у 32 (22,5%), живот + голова + таз + конечности — у 17 (11,9%).

Следует подчеркнуть, что у 75 (52,8%) из перечисленных пострадавших имелись различные повреждения тазовых органов: мочевого пузыря — в 12 (16,0%) наблюдениях, уретры — в 5 (6,7%), мочевого пузыря и уретры — в 4 (5,3%), внебрюшинного отдела прямой кишки и мочевого пузыря — в 5 (6,7%), прямой кишки и уретры — в 6 (8,0%), прямой кишки — в 14 (18,7%). Оперативное вмешательство из-за тактических ошибок не было выполнено 29 (38,6%) пострадавшим с забрюшинными, внутритазовыми гематомами и гематомами стенки мочевого пузыря, из которых умерли 8 (27,6%) пациентов первой группы и 5 (17,2%) — второй.

Хирургическая тактика заключалась в выполнении большинства операций по срочным показаниям, что способствовало благоприятному течению послеоперационного периода. Выполнение поэтапных и симультанных операций также сыграло положительную роль.

Тактика лечения повреждений тазовых органов значительно отличалась в обеих группах пострадавших. Так, в первой группе при повреждениях мочевого пузыря и уретры допускалась возможность отсрочки оперативных вмешательств до 12 ч с момента травмы. Поэтому в 32 (25,0%) случаях повреждений тазовых органов хирургические вмешательства были проведены после стабилизации жизненно важных функций — в среднем через $3,5 \pm 0,3$ ч после поступления в клинику и через $4,8 \pm 0,7$ ч после получения травмы.

По поводу повреждений внебрюшинного отдела мочевого пузыря у 5 (3,9%) пострадавших первой группы было выполнено лишь ушивание разрыва его стенки. У 7 (4,5%) оперированных второй группы ушивание разрыва стенки мочевого пузыря было дополнено эпицистостомией, умер один травмированный. В первой группе у трех пострадавших была отмечена несостоятельность швов с образованием мочевой флегмоны тазовой клетчатки, закончившаяся летально. По поводу повреждений уретры у 5 (3,9%) пострадавших

первой группы выполнялись первичный шов уретры и эпицистостомия.

Принципиальное отличие хирургической тактики при повреждениях тазовых органов у пострадавших второй группы — предварительное осуществление стабилизации таза стержневыми аппаратами на основе конусных фиксаторов.

Отличительной особенностью оперативного лечения повреждений мочевого пузыря и уретры, наряду с отведением мочи, было адекватное дренирование околопузырного пространства. Отказ от дренирования урогенитомы у 5 (3,9%) из 8 пациентов первой группы был расценен как тактическая ошибка, приведшая к летальным исходам.

Последовательность выполнения оперативного вмешательства при повреждении внебрюшинного отдела прямой кишки заключалась в следующем. При сочетанном повреждении ее с органами брюшной полости, мочевым пузырем и уретрой у 9 (5,8%) пострадавших второй группы операцию начинали с лапаротомии и выполняли необходимый объем вмешательства на поврежденных органах, затем ушивали рану мочевого пузыря с формированием эпицистостомы. После этого накладывали сигмостому и лишь затем приступали к промежностному этапу операции. Предпочтение отдавали разгрузочной петлевой двухствольной сигмостоме, которая позволяла полностью отключить поврежденный участок толстой кишки.

При отсутствии данных о повреждении органов брюшной полости у 3 (1,9%) пострадавших второй группы была наложена сигмостома из лапаротомного доступа, а затем проведен промежностный этап операции, который заключался в ушивании разрыва кишки после мобилизации последней из парасакрального доступа с пересечением мышц диафрагмы таза и анокопчиковой связки.

В этой группе пострадавших применялась активная хирургическая тактика с дифференцированным подходом к лечению переломов таза и длинных костей. В 8 (5,2%) случаях операции на тазе и конечностях проводились по экстренным показаниям симультанно, что было обусловлено нарушениями тазового кольца в передних и задних отделах с продолжающимся внутритканевым кровотечением и открытыми переломами длинных костей с повреждением магистральных сосудов. В 14 (9,1%) случаях операции выполнялись поэтапно по срочным показаниям.

В 3 (1,9%) наблюдениях так же экстренно были выполнены поэтапные операции: перевязка внутренних подвздошных артерий по поводу кровотечения из костей таза с одновременной стабилизацией тазового кольца аппаратом внешней фиксации, после чего — ушивание тонкой кишки, внебрюшинного разрыва задней стенки мочевого пузыря с эпицистостомией и первичной хирургической обработкой раны промежности, в заключение — декомпрессионная краниотомия по поводу эпидуральной гематомы.

У 4 (2,6%) постраждалих осуществлены симультанные операции: после дренирования плевральной полости со стабилизацией каркаса грудной клетки разработанным нами репозиционно-стабилизирующим устройством ушивалась селезенка с оментоспленоплексией. При этом второй бригадой выполнялась стабилизация тазового кольца стержневым аппаратом на основе конусных фиксаторов, по завершении которой хирурги производили ушивание внебрюшинного разрыва задней стенки мочевого пузыря с эпицистостомией.

Подводя итоги проведенным исследованиям с учетом применения разработанной хирургической тактики, следует отметить, что улучшение результатов оперативного лечения постраждалих с доминирующим повреждением живота обусловлено дифференцированным подходом, сформулированным в следующих положениях.

При повреждении полых органов, включая органы мочеполовой системы, объем операций необходимо определять с учетом ряда факторов риска: травматического и геморрагического шока, острой массивной кровопотери, гиповолемии, эндотоксикоза, вторичного иммунодефицитного состояния.

Соустья ободочной кишки с их экстраперитонизацией и интубацией нисходящей кишки необходимо формировать не позднее 6 ч с момента

травмы при наличии не более двух факторов риска, а в остальных случаях они должны дополняться соответствующей колостомой. Во всех случаях ушивания разрывов полых органов следует производить дополнительную герметизацию линии швов.

При наличии в указанных АФО равнозначных по интенсивности источников кровотечения предпочтение надо отдавать симультанным оперативным вмешательствам: сначала проводить временную остановку кровотечения, а затем параллельно с восполнением объема циркулирующей крови достигать окончательного стабильного гемостаза.

Снижение летальности у постраждалих данной категории с 42,5% в первой группе до 25,0% во второй, то есть в 1,7 раза ($p < 0,05$), в определенной степени связано со своевременной диагностикой, включая лучевую (рентген- и ультразвуковые методы), стабилизацией тяжелых переломов таза, что позволяло, с одной стороны, достичь остановки продолжающегося внутритканевого кровотечения и тем самым предупредить нарастание обширных забрюшинных гематом, с другой — вовремя провести операции на внутренних органах брюшной полости и забрюшинного пространства, в том числе и мочеполовой системы.

Список литературы

1. *Бойко В. В.* Обрані лекції з військово-польової хірургії: підруч. / В. В. Бойко, В. М. Лісовий, В. В. Макаров.— Харків: НТМТ, 2018.— 212 с.
2. Политравма. Руководство для врачей; под общ. ред. В. В. Бойко, П. Н. Замятина.— В 4 т.— Харьков; Черновцы: Изд-во БГМУ, 2009.— Т. 2.— 334 с.
3. Политравма. Руководство для врачей; под общ. ред. В. В. Бойко, П. Н. Замятина.— В 4 т., 2-е изд., перераб. и доп.— Харьков: Фактор, 2011.— Т. 1.— 640 с.
4. Биомеханические аспекты хирургии таза при политравме / Д. Д. Битчук., В. В. Бойко, А. Г. Истомин [и др.]— Харьков: Е. В. Шейнина, 2007.— 132 с.
5. *Мирошниченко Ю. И.* Выбор хирургической тактики и интенсивной терапии у постраждалих с сочетанной травмой органов малого таза и забрюшинного пространства в условиях массивной кровопотери / Ю. И. Мирошниченко // Всеукр. зб. наук. пр. «Хірургічна перспектива».— Харків, 2010.— № 2.— С. 71–75.
6. Хирургическая тактика при повреждении таза и органов забрюшинного пространства: моногр. / В. В. Бойко, П. М. Замятин, В. Н. Лыхман [и др.]— Харьков: СПД ФЛ В. В. Степанов, 2016.— 201 с.
7. *Oxford Handbook of Emergency Medicine* / M. Clancy, C. Robertson, C. Graham [et al.] // *Oxford Handbooks Series*.— Oxford, Cambridge, Philadelphia: New Delhi, 2013.— 760 p.
8. *Бойко В. В.* Диференційована тактика хірургічного лікування тяжких ушкоджень внутрішньотазових органів та заочеревинного простору на тлі масивної крововтрати / В. В. Бойко, П. М. Замятин // 36. наук. робіт наук.-практ. конф. «Актуальні питання сучасної медицини», присвяченої 100-річчю ювілею Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова, Вінниця 2017.— С. 112–114.
9. Особливості діагностики і хірургічної тактики при пошкодженнях внутрішніх органів та заочеревинних структур в умовах масивної крововтрати / В. В. Бойко, П. М. Замятин, В. М. Лихман [та ін.] // Журн. НАМН України.— 2017.— Т. 23, № 1–2.— С. 90–97.
10. *Шейко В. Д.* Хирургия поврежденных при политравме мирного и военного времени / В. Д. Шейко.— Полтава: Асми, 2015.— 557 с.
11. Анализ клинических данных в медицинских исследованиях на основе методов вычислительного интеллекта / В. В. Бойко [и др.]— Харьков: Эксклюзив, 2008.— 121 с.
12. *Informatyka medyczna*; pod red. R. Rudowskiego.— Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN, 2012.— 250 s.
13. *Anthony D.* Statistics for Health? Life and Social Sciences / D. Anthony.— Ventus Publishing Aps, United Kingdom.— London, University of Essex, 2011.— 292 p.
14. *Rotermań-Konieczna I.* Statystyka na recepte. Wprowadzenie do statystyki medycznej / I. Rotermań-Konieczna.— Krakow: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellonskiego, 2010.— 262 s.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ СПОЛУЧЕНИХ УШКОДЖЕННЯХ ЖИВОТА І ТАЗА У ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ПОЛІТРАВМОЮ

П. М. ЗАМЯТІН, Р. В. СТЕЦИШИН, О. В. ПАНЧЕНКО, В. М. ЧЕВЕРДА, Д. П. ЗАМЯТІН

Подано результати лікування постраждалих із домінуючим ушкодженням живота і супровідними ушкодженнями таза й тазових органів при політравмі. Зроблено висновки про те, що зниження летальності у цієї категорії пацієнтів певною мірою пов'язано зі своєчасною діагностикою, стабілізацією тяжких переломів таза, що дало змогу досягти гемостазу, попередити наростання заочеревинних гематом і вчасно провести операції на внутрішніх органах черевної порожнини та заочеревинного простору, в тому числі й сечостатевої системи.

Ключові слова: політравма, домінуючі ушкодження живота, супровідні ушкодження таза і тазових органів, вибір хірургічної тактики.

FEATURES OF SURGICAL APPROACH FOR CONCOMITANT ABDOMINAL AND PELVIC LESIONS OF PATIENTS WITH POLYTRAUMA

P. N. ZAMIATIN, R. V. STETSISHIN, O. V. PANCHENKO, V. M. CHEVERDA, D. P. ZAMIATIN

The work presents the results of treatment of the patients with dominant abdominal lesion during polytrauma. It was concluded that the reduced mortality in the affected category to a certain extent was associated with the stabilization of severe fractures of the pelvis, which allowed to achieve the hemostasis, to prevent the intensification of retroperitoneal hematomas and to timely carry out the surgeries in the internal organs of abdominal cavity and retroperitoneum, including the organs of the urogenital system.

Key words: polytrauma, dominant abdominal damage, concomitant damage to the pelvis and pelvic organs, choice of surgical approach.

Поступила 03.12.2018