

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ім. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

ЖУКОВСЬКИЙ ВОЛОДИМИР СТЕПАНОВИЧ

УДК : 617.55-001.3-02:616.

381-003.215]-07-037

**ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ
ПРИ ТРАВМІ
ЖИВОТА**

14.01.03 – хірургія

**АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Львівському національному медичному університеті ім. Данила Галицького Міністерства охорони здоров'я України.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Філь Юрій Ярославович**, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького МОЗ України, завідувач кафедри травматології, ортопедії і ВПХ.

Офіційні опоненти: заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних

наук, професор **Шевчук Михайло Григорович**, Івано-Франківська державна медична академія МОЗ України, завідувач кафедри шпитальної хірургії.

лауреат Державної премії України, доктор медичних наук, професор **Десятерик Володимир Іванович**, Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, завідувач кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО.

Провідна установа:

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра хірургії з курсом проктології.

Захист дисертації відбудеться 25 жовтня 2004 року о 14 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 58.601.01 у Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Руська, 12).

Автореферат розісланий 17 вересня 2004 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук, професор

Я.Я. Боднар

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми: Однією з актуальних проблем сучасної хірургії та травматології є діагностика та лікування пошкоджень органів черевної порожнини. Актуальність цієї проблеми пов'язана зі збільшенням за останні роки числа травмованих, особливо за рахунок транспортних пригод, летальність від яких становить в Україні 91,8 випадків на 100 тисяч населення, або 5,99 % за питомою вагою у загальній структурі смертності (М.П. Павловський., С. М. Чуклін., 1996; Г.Н. Цибуляк., С.Д. Шеянов., 2001; О.О. Шалімов., 2002; М.Г. Шевчук., 2004; R. Gonzalez, J.Ickler, P. Gachassin, 2001). За даними Ю.Я.Філя., 1997; В.В. Бойко., М.К. Голобородько., 2001; В.І. Десятерика, О.Г. Дунай, С.П. Міхно та ін., 2004; Н.Champion, 2002; R. Durham, J. Moran et al., 2003 пошкодження органів черевної порожнини в структурі травм мирного часу складають від 2 до 5%. Діагностика таких ушкоджень досить часто представляє значні труднощі, а лікування вимагає екстреного оперативного втручання й енергійних коригуючих дій у післяопераційному періоді. Особливі труднощі виникають при діагностиці поєднаних пошкоджень органів черевної порожнини, черепа, грудної клітки, таза, що приводить до незвичайної симптоматики й зумовлює виникнення різних діагностично-тактичних помилок на ранніх етапах надання медичної допомоги (І.З. Козлов, С.З. Горшков., В.В. Бойко, І.Л. Саханєва, В.І. щербakov та ін., 2002; М.С. Кравец., 2003, В.І. Десятерик, С.П. Міхно, С.О. Аксентьєв, 2004). Ряд авторів (А.І. Болотніков, 1999; Н.Н. Барамія, Н.Г.Антонюк., Я.Л. Заруцький., 2000; О.О. Шалімов, В.Я. Білий, Г.В. Гайко та ін., 2002) вважають, що у сумнівних випадках діагностики травм живота слід виконувати експлоративну лапаротомію. Однак, за даними інших авторів (П.И. Богданова, 1997; Ф.И. Гюльмамедова, В.В. Ярощак, А.М. Белозерцева, 2002; Ю.В. Грубника., А.А.Теличко., В.А. Фоменко, 2004) навіть при використанні сучасних методів знеболювання і забезпечення техніки операції діагностична лапаротомія є небезпечним втручанням у потерпілих, яке може стати причиною смерті. Н.І. Тутченко, Н.Н. Барамія і ін., 2002; М.Ю. Ничитайло, А.В. Кашпитарь, 2003; та ін. для діагностики пошкоджень органів черевної порожнини пропонують мікролапаротомію. Однак, Г.Н.Цибуляк., 1995; Я.Л. Заруцький, Я.С. Кукурудз та ін., 2002; G. Hill, W. Frawley et. al., 2003) вважають, що мікролапаротомія є малоінформативним втручанням, особливо при травмах органів заочеревинного простору, її доцільно виконувати тільки у тяжких хворих, коли звичайна лапаротомія є ризикованою й є велика підозра на пошкодження органів черевної порожнини. Не завжди достатньо інформативними можуть бути сучасні лабораторні та інструментальні методи обстеження (К.К. Козлов, В.Е. Високогорский, А.А. Філіппов та ін., 2001; Б.О. Матвійчук, Й.Г. Голик, Я.А. Король, 2002; М.А. Антонюк, 2003; A. Malhotra, R. Latifi, T.Fabian et al., 2003). Кожен із них має свої особливості, можливості використання та діагностичну цінність. З

огляду на це оцінка відомих і розробка нових методів діагностики, критеріїв прогнозу клінічного перебігу та хірургічного лікування травм живота, на основі комплексу методів діагностики та дослідження вмісту черевної порожнини, на нашу думку, є досить перспективним.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Тема дисертації затверджена вченою радою Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького МОЗ України (протокол № 4 від 22 березня 2002р.) і є фрагментом планової наукової роботи кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (номер державної реєстрації 0100U006845 “Вдосконалення лікувально-діагностичної тактики при захворюваннях та травмах тонкої та товстої кишок”). У виконанні зазначеної теми автором проведено лабораторне та бактеріологічне дослідження вмісту черевної порожнини при травмах живота.

Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування травм живота на основі оцінки ефективності і можливостей комплексного клінічного та інструментального обстеження травмованих, лабораторного й бактеріологічного дослідження вмісту черевної порожнини.

Задачі дослідження.

1. На основі комплексної оцінки клінічних і інструментальних методів обстеження, лабораторного та бактеріологічного дослідження вмісту черевної порожнини вивчити клініко-діагностичні критерії оцінки перебігу травм живота.

2. Визначити найбільш інформативні інструментальні методи дослідження та оцінити можливості діагностичного лапароцентезу, ургентної лапароскопії, лабораторного й бактеріологічного дослідження вмісту черевної порожнини у верифікації пошкоджень органів черевної порожнини, залежно від характеру, тяжкості ушкоджень та часу з моменту отримання травми.

3. Розробити хірургічну тактику, алгоритм виконання та вибрати найбільш оптимальний термін і об'єм оперативного втручання, залежно від тяжкості та прогнозу ймовірного клінічного перебігу травми живота.

4. Вивчити бактеріологічний стан крові в черевній порожнині, при закритих та відкритих пошкодженнях живота залежно від ступеня ушкодження органа, його локалізації, часу отримання травми, та визначити можливості використання її для реінфузії.

5. На основі вивчення бактеріологічних та імунологічних досліджень, розробити заходи з профілактики гнійно-септичних ускладнень у потерпілих з травмою живота.

Об'єкт дослідження: Потерпілі із відкритими і закритими травмами живота в гострому періоді травматичної хвороби.

Предмет дослідження: Особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування травми живота.

Методи дослідження: Загально-клінічні обстеження – з метою уточнення особливостей клінічного перебігу різних видів травм живота; інструментальні – лапароцентез, лапароскопія, ультразвукове, рентгенологічне дослідження, для уточнення діагнозу та оцінки наявних ушкоджень органів черевної порожнини; клініко-біохімічні дослідження – для вивчення гомеостазу; бактеріологічні та імунологічні – для виявлення ступеня інфікування черевної порожнини, здійснення реінфузії крові, визначення реактивності організму й розробки заходів з профілактики гнійно-септичних ускладнень; статистичні – для обробки математичних даних.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше встановлено взаємозв'язок найбільш інформативних клініко-діагностичних показників комплексного (лабораторного, бактеріологічного, лапароскопічного, ультразвукового, рентгенологічного) обстеження потерпілих залежно від характеру ушкодження, тяжкості травми, часу з моменту її отримання, та наявності ускладнень.

Вперше вивчено характер мікрофлори черевної порожнини залежно від характеру травми, часу з моменту отримання ушкоджень та удосконалена схема профілактики й лікування гнійно-септичних ускладнень.

Доведено, що у потерпілих з ушкодженнями органів черевної порожнини виникають виражені порушення стану клітинного і гуморального імунітету, та запропонована схема коригуючої терапії у післяопераційному періоді.

Запропоновано нові принципи організаційно-тактичної допомоги потерпілим із травмою живота з удосконаленням етапної лікувальної програми, що дозволяє покращити діагностику, вибрати оптимальний об'єм оперативного втручання, та зменшити кількість ускладнень.

Вивчено бактеріологічний стан крові черевної порожнини та можливості її реінфузії при травмах живота, залежно від тяжкості травми, ступеня крововтрати, інфікування черевної порожнини та часу отримання травми.

Для покращення методики виконання лапароцентезу та достовірної оцінки вмісту черевної порожнини запропоновано раціоналізаторські пропозиції та отримано посвідчення: 1. "Троакар для лапароцентезу з амортизуючим стилетом" за №22 від 22.04.2003 р., видане Тернопільською державною медичною академією ім. І.Я. Горбачевського; 2. "Експрес-метод визначення наявності крові у черевній порожнині при закритій травмі живота" за № 1789 від 19 лютого 2004 р., видане Львівським національним медичним університетом ім. Данила Галицького; 3. "Індекс співвідношення клітин крові (ІСКК) діалізату черевної порожнини в діагностиці пошкоджень органів живота" за № 1788 від 19 лютого 2004 р., видане Львівським національним медичним університетом ім. Данила Галицького. Отримано позитивне рішення на винахід "Спосіб діагностики пошкоджень органів черевної порожнини" за №20040402896 та деклараційний патент на винахід «Скоба фіксаційна для

лікування переломів ребер та грудини” у хворих з поєднаним пошкодженням реберного каркасу грудної клітки та органів черевної порожнини за №55632 А від 15.04.2003 р.

Практичне значення одержаних результатів. Запропонований діагностично-тактичний алгоритм з використанням комплексу загально-клінічних, інструментальних обстежень, лабораторним і бактеріологічним дослідженням вмісту черевної порожнини дозволив оптимізувати діагностику ушкоджень органів черевної порожнини, своєчасно і диференційовано визначити адекватну хірургічну тактику. Встановлено, що найбільш інформативними методами діагностики пошкоджень органів черевної порожнини є лапароцентез, діагностичний перитонеальний лаваж, лапароскопія з обов’язковим цитологічним, біохімічним й бактеріологічним дослідженням вмісту черевної порожнини.

Виявлено, що при закритих пошкодженнях паренхіматозних органів, шлунка й тонкої кишки, а також при проникаючих пошкодженнях живота, без поранення внутрішніх органів, вміст черевної порожнини залишається стерильним, або мінімально забрудненим, що при цілеспрямованій антибіотикопрофілактиці не створює загрози для розвитку гнійно-запального процесу в черевній порожнині.

Доведено, що діагностичну лапаротомію при закритих травмах живота слід здійснювати лише у крайніх випадках, коли вичерпані всі доступні методи діагностики і залишаються сумніви щодо пошкодження органів черевної порожнини.

Проведені дослідження дали можливість розробити робочу класифікацію травм живота та алгоритм-систему індивідуального вибору способу хірургічного лікування ушкоджень органів черевної порожнини в кожного конкретного хворого, залежно від тяжкості та ймовірного прогнозу перебігу травми живота.

Запропонований комплекс клініко-діагностичних досліджень та способів хірургічного лікування травм живота впроваджено в практику відділення комбінованої та поєднаної травми 8-ї міської клінічної лікарні м.Львова, хірургічних відділень Львівської обласної клінічної лікарні, Тернопільської центральної районної клінічної лікарні. Матеріали дослідження використовуються у навчальному процесі на кафедрі хірургії факультету післядипломної освіти, загальної, факультетської, шпитальної хірургії, травматології, ортопедії і військово-польової хірургії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

Особистий внесок здобувача. Автором здійснено літературний та патентний пошук за темою дисертації, розроблено основні теоретичні та практичні положення роботи. Самостійно провів вивчення клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження у 232 потерпілих з відкритою та закритою травмою живота. За участю дисертанта проліковано 172 хворих. Здобувачем

самостійно здійснено аналіз і узагальнення результатів дослідження, сформульовано основні положення та висновки дисертації. У публікаціях, виконаних у співавторстві, фактичний матеріал, основні положення та висновки належать автору.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації оприлюднені на: Ювілейній науково-практичній конференції присвяченій 25-річчю ЛМКЛШМД “Сучасні аспекти невідкладної медичної допомоги” (Львів, 1997); Науково-практичній конференції, присвяченій 30-річчю 8-ї МКЛ м. Львова (Львів, 1999); Науково-практичній конференції, “Актуальні питання множинної і поєднаної травми” (Львів, 2000); Всеукраїнському симпозиумі за міжнародною участю: “Безкровна хірургія сучасна концепція гемотрансфузійної терапії” (Львів, 2000); Українській науково-практичній конференції: “Екстрена медична допомога: сучасні проблеми організації” (Київ, 2001); Всеукраїнській науково-практичній конференції “Хірургічний сепсис” (Львів, 2001); III Symposium “Diagnostyka i Klinika Urazyw Wielonarządowych” (Arłamów, Польща, 2002); на I Всеукраїнській науково-практичній конференції за міжнародною участю “Політравма – сучасна концепція надання медичної допомоги” (Київ, 2002); Всеукраїнській науково-практичній конференції за міжнародною участю “Гнійно-септичні ускладнення в хірургії. Нові технології в хірургії XXI століття” (Івано-Франківськ – Яремча, 2002); на засіданні Львівського обласного осередку асоціації хірургів України (2003); на I Всеукраїнській науково-практичній конференції “Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії” (Львів, 2004); спільному засіданні кафедр травматології, ортопедії і військово-польової хірургії; хірургії факультету післядипломної освіти; кафедр загальної, факультетської, госпітальної хірургії; кафедри анестезіології та реанімації Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького 7 травня 2004 року.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 14 наукових праць, із них 5 статей – у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 9 – у збірниках, матеріалах і тезах конференцій, один деклараційний патент та одне позитивне рішення на винахід.

Структура дисертації. Матеріали дисертації викладені українською мовою на 184 сторінках друкованого тексту (обсяг тексту основної частини становить 153 сторінки). Дисертація складається із вступу, п'яти розділів, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, рекомендацій щодо наукового і практичного використання здобутих результатів, списку використаних джерел літератури та додатків. Робота ілюстрована 35 таблицями та 4 рисунками. Список літератури складається із 289 джерел. Ілюстрації, таблиці, бібліографічний опис використаних літературних джерел викладені на 31 сторінці.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал та методи дослідження. В основу роботи покладений аналіз результатів обстеження й лікування 232 хворих з травмою живота, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького у 1999-2004 рр. Серед хворих: чоловіків було 198 (85,34%), жінок – 34 (14,66%). Вік пацієнтів становив від 18 до 86 років. При формуванні діагнозу використовували міжнародну шкалу пошкоджень органів (OIS), запропоновану Американською Асоціацією хірургів травми (AAST) у модифікації Моог (1995). Найбільш частою причиною ТЖ у 232 потерпілих була побутова травма (41,8 %) та автошляхова пригода (27,1 %). Із них: у 92 (39,7 %) постраждалих мала місце відкрита травма живота, і у 140 (60,3 %) виявлено закриту травму ОЧП. При цьому у 112 (48,3 %) обстежених діагностовано ізольовану травму живота, у 120 (51,7 %) мала місце поєднана травма, а у 81 (34,9 %) зустрічались множинні пошкодження ОЧП. У 144 (62,0 %) потерпілих мав місце різного ступеня травматичний шок, який у 37 (15,9 %) постраждалих поєднувався з алкогольним сп'янінням. При експрес-діагностиці пошкоджень ОЧП особливого значення надавали лапароцентезу, програмованому ДПЛ і моніторингу з цитологічним, біохімічним та бактеріологічним дослідженням ВЧП. Для проведення лапароцентезу нами сконструйований спеціальний троакар з “вистрілюючим” мандреном (посвідчення на раціоналізаторську пропозицію № 22 від 22.04.2003 р.).

Позитивний результат лапароцентезу та ДПЛ мав місце у 66 (76,2 %) із 86 обстежених з травмою живота. Критеріями позитивної оцінки лапароцентезу та ДПЛ при пошкодженнях паренхіматозних ОЧП є наявність крові більше 10 мл чи іншого вмісту або наявність у перитонеальному діалізаті еритроцитів $>0,1 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцитів $>0,5 \cdot 10^9/л$ та гемоглобіну >2 г/л. Наростання “індексу співвідношення клітин крові” у діалізаті (ІСКК > 1) та мікробної асоціації $> 10^3$ в 1 мл ВЧП свідчить про запальний процес, мікробну контамінацію і пошкодження порожнистих ОЧП (раціоналізаторська пропозиція № 1788 від 19. 02. 2004). Для визначення крові у перитонеальному вмісті ми запропонували використовувати пробу із специфічним реактивом “Факел – 2” (раціоналізаторська пропозиція № 1789 від 19. 02 2004). Для верифікації пошкоджень ОЧП і виявлення жовчі, кишкового вмісту використовували пробу з 0,5 – 1 % розчином йоду або люголівського розчину (за К.К. Козловим і співав, 2001). При підозрі на пошкодження сечового міхура, використовували метод визначення мінімальної кількості сечі у діалізаті (за М.А. Юнко, 1976). Мікробіологічне дослідження ВЧП здійснювали за допомогою посіву його на рідкі і щільні поживні середовища, з наступною їх обробкою та ідентифікацією аеробної й анаеробної мікрофлори. Підрахунок колоній бактерій проводили в колонієутворюючих одиницях – (КУО/1 мл.) в одному мілілітрі досліджуваного ВЧП. Для визначення виду анаеробних бактерій використовували смужки Analytical Profile Index (API) 20A

(BioMerieux, 1997). Встановлення виду бактерій проводили згідно з “Визначником бактерій Берджі”(1997). Біохімічний профіль анаеробів реєструвався за визначником Analytical Profile Index (BioMerieux, 1997). Бактеріологічні дослідження ВЧП здійснили у 132 хворих. Нами встановлено, що у більшості хворих у перші 6 години, при закритих пошкодженнях паренхіматозних і порожнистих органів, а також при проникаючих пораненнях живота, без ушкодження внутрішніх органів, вміст черевної порожнини залишається стерильним, або мінімально забрудненим (КУО $<10^3$ в 1 мл), що при цілеспрямованій антибіотикопрофілактиці не створює загрози для розвитку гнійно-запального процесу в черевній порожнині. Проте, при пошкодженнях товстої кишки швидко настає контамінація черевної порожнини за рахунок, як аеробних (*Staphylococcus epidermidis* – $1,6 \cdot 10^3$, *Streptococcus faecalis* – 10^6 , *Escherichia coli* – 10^5 КУО/1мл), так і анаеробних мікроорганізмів (*Bifidobakterium* – 10^6 , *Laktobacillus* - 10^6 , *Bacteroides fragilis* - 10^7 , *Peptostreptococcus* - 10^4 КУО/1мл), що є одним із важливих механізмів запуску системної запальної реакції (SIRS) у виникненні перитоніту й різних гнійно-септичних ускладнень. Для більш точної верифікації діагнозу й характеру пошкодження ОЧП, нами у 43 потерпілих проведено лапароскопію. При цьому: у 10 потерпілих були виявленні пошкодження печінки, у 11 – селезінки, у 8 – тонкої кишки, у 3 – шлунка, у 2 – підшлункової залози і у 2-х розрив сечового міхура. У 2-х постраждалих виявлено тільки заочеревинну гематому. Вищенаведені дані дослідження свідчать про те, що діагностичний лапароцентез, ДПЛ і лапароскопія у виявленні пошкоджень ОЧП є найбільш достовірними і об’єктивними методами дослідження, а їх використання повинно обґрунтовуватися показаннями в кожному конкретному випадку з врахуванням локальної симптоматики й загальної клінічної картини травм живота. Важливого значення в обґрунтуванні лікувальної тактики у потерпілих з травмами живота надавали оцінці стану реактивності організму, яка забезпечується комплексною дією усіх імунокомпетентних клітин та їх медіаторів. Найбільш інформативними показниками імунограми є Т-лімфоцити (CD3), які швидко мігрують у ділянку патологічного вогнища будь-якої локалізації. Наші дослідження свідчать про те, що абсолютна кількість CD3-лімфоцитів у травмованих хворих при поступленні їх в стаціонар становила – $0,8 \pm 0,32 \cdot 10^9$ /л (контроль – $1,14 \pm 0,06 \cdot 10^9$ /л), через добу після поступленні їх у стаціонар і операції становила – $0,7 \pm 0,83 \cdot 10^9$ /л, на 3-4 день після операції – $0,6 \pm 0,2 \cdot 10^9$ /л, а до 10-12 дня після операції наступала поступова їх нормалізація – $1,08 \pm 0,24 \cdot 10^9$ /л, $p < 0,05$. Поряд з цим, значно підвищувався відсоток CD4 (хелперів) як на 1, так і 3-4 день після операції, відповідно – $36,8 \pm 3,4$ та $38,2 \pm 1,3$ %, на 10-12 день після операції цей показник становив – $34,4 \pm 1,8$ %, $p < 0,05$. При дослідженні CD8 (супресорів) спостерігалось зменшення їх кількості до – $12,2 \pm 0,4$ % після першої доби та $12,8 \pm 0,9$ %, $p < 0,05$ та на 3-4 день і лише на 10-12 день після

операції відсоток CD8 становив – $13,8 \pm 0,6$ %. Такі зміни показників CD8 – лімфоцитів можна розцінювати, як ознаку підвищеної активності клітинного імунітету. При дослідженні В-лімфоцитів (CD19) відмічено деяке збільшення їх, як абсолютної кількості – $0,56 \pm 0,07 \cdot 10^9$ /л по відношенню до контрольних показників – $0,58 \pm 0,02 \cdot 10^9$ /л, так і відносної кількості – $10,6 \pm 0,56$ % ($p < 0,05$), контроль – $(12,1 \pm 0,6)$ % у перший день після поступлення потерпілих у стаціонар. Проте, уже через 3-4 дня спостерігалось деяке підвищення їх абсолютної кількості до – $0,57 \pm 0,05 \cdot 10^9$ /л, а на 10-12 день після операції їх кількість досягала – $0,59 \pm 0,04 \cdot 10^9$ /л, відносна кількість становить $11,8 \pm 0,54$ %, $p < 0,05$. Ці зміни показників CD19 можна розцінювати, як сповільнену В-лімфоцитарну реакцію на травму. При дослідженні імуноглобулінів IgM та IgA спостерігалось деяке зниження їх титру при поступленні хворих у стаціонар, відповідно – $1,2 \pm 0,05$ г/л та $1,1 \pm 0,18$ г/л ($p > 0,05$), (контроль – $1,3 \pm 0,41$ г/л та $2,3 \pm 0,5$) й суттєве зменшення IgG – до $(9,5 \pm 0,5)$ г/л (контроль – $(12,7 \pm 2,7)$ г/л), $p > 0,05$. Починаючи з 3-4 дня після операції вищенаведені показники IgM, IgG та IgA поступово нормалізувалися і досягали нормальних величин до 10-12 дня після операції. При дослідженні циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), у більшості випадків цей показник збільшувався у перші дні після травми і досягав – $94,0 \pm 4,5$ од.екст. ($< 0,05$) у порівнянні з контрольними величинами – $88,7 \pm 6,3$ од.екст. з часом (до 10-12 дня після операції) наступала нормалізація цього показника до – $88,2 \pm 6,0$ од.екст. ($< 0,05$). При дослідженні активності фагоцитозу, найбільші зміни його наступали на 3-4 день після операції, фагоцитарний індекс при цьому становив – $42,2 \pm 3,7\%$ (контроль – $62,9 \pm 4,7\%$), а фагоцитарне число – $3,4 \pm 0,6\%$ (контроль – $7,8 \pm 0,7\%$). Вищенаведені дослідження свідчать про те, що у хворих з різними ушкодженнями живота виникають зміни імунітету, показники якого знаходиться у прямій залежності від тяжкості травми й ступеня ушкодження органів черевної порожнини. Для визначення прогнозу ймовірного клінічного перебігу ТЖ нами у 107 (46,12 %) здійснено синхронне дослідження та проведено визначення кореляційного взаємозв'язку між ступенем пошкодження ОЧП, деякими гемореологічними, біохімічними показниками, станом серцево-судинної, дихальної системи, контамінацією черевної порожнини та імунологічною реактивністю організму травмованих за індивідуальним та груповим варіантами. При цьому: у 87 (81,3 %) обстежених хворих виявлено достовірний кореляційний взаємозв'язок між названими показниками дослідження; у 20 (18,7 %) випадках при пошкодженнях порожнистих органів ці показники дослідження були менш достовірними у співставленні зі ступенем ушкодження органів, де на перший план виступає мікробна контамінація, запалення, інтоксикація й зниження імунологічної реактивності організму. Визначення стану потерпілого у співставленні із характером та ступенем пошкодження ОЧП, дало можливість використати ці дослідження у створенні експертної системи, як

одного із основних параметрів прогнозування ймовірного клінічного перебігу ТЖ та у виборі термінів, об'єму, методу лікування в кожному конкретному випадку ушкодження ОЧП. Прогностичне значення для кожної з ознак, вираховували за формулою Ст'юдента:

$$t = \frac{P_1 - P_0}{\sqrt{m_1^2 + m_0^2}}$$

де P_0 – умовна середня величина несприятливих показників клінічного перебігу травми живота;

P_1 – ймовірність несприятливого перебігу травми, при наявності відповідної ознаки;

m_1, m_0 – середні значення сприятливого і несприятливого перебігу травми живота.

Залежно від суми балів прогностично важливих клініко-лабораторних ознак потерпілих ми виділили три ступені ризику прогнозу перебігу ТЖ:

I. Неускладнена травма живота із сприятливим прогнозом перебігу – 10-14 балів (119 (51,2 % хворих)).

II. Ускладнена травма живота з невизначеним прогнозом перебігу – 15-20 балів (65 (28,0 %)).

III. Ускладнена травма живота з несприятливим прогнозом перебігу – більше 20 балів (48 (20,6 % хворих)).

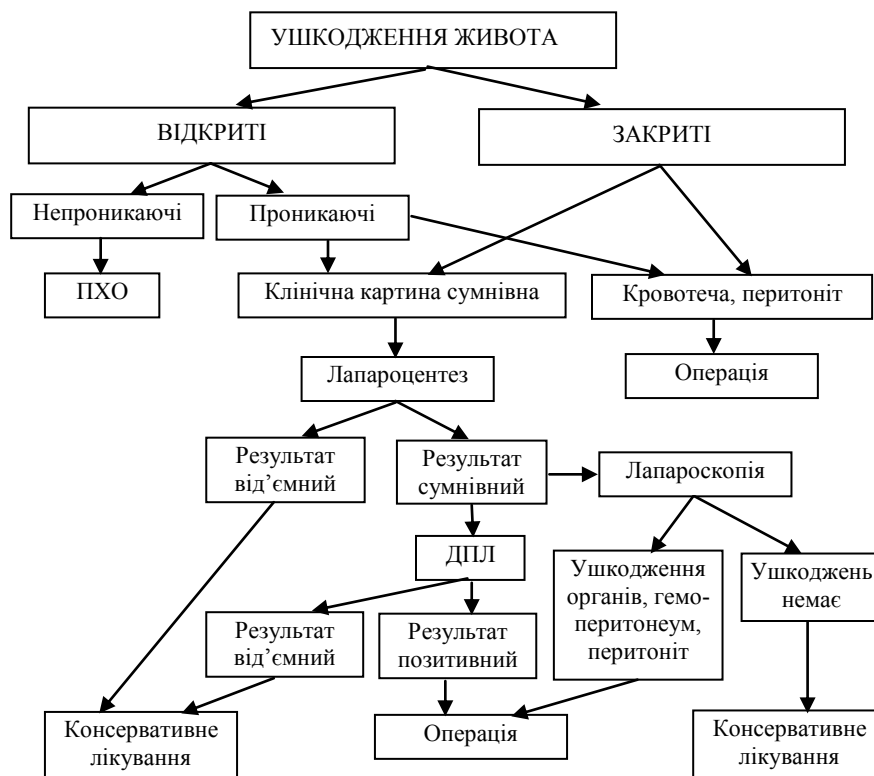
Для оптимізації результатів лікування потерпілих з травмою живота, нами розроблено спеціальний алгоритм діагностики та хірургічної тактики при різних ушкодженнях живота (табл. 1).

Використання наведеного алгоритму прийняття рішень дає можливість своєчасно, диференційовано, залежно від характеру травми, виявлених ушкоджень підходити до вибору термінів, методу лікування потерпілих в кожному конкретному випадку травми живота. Залежно від терміновості надання допомоги усіх потерпілих було поділено на три групи: До *першої групи* відносили потерпілих з колото-різаними ранами живота та ознаками перитоніту, евісцерацією сальника або внутрішнього органа, наявністю гемо- або пневмоперитонеума, а також травмованих з поєднаною травмою живота, у яких ушкодження органів загрожувало життю. Таких потерпілих транспортували у операційну для проведення реанімаційних заходів, здійснення інтенсивної передопераційної підготовки та оперативного втручання. До *другої групи* ушкоджень відносили

потерпілих з відкритими пошкодженнями живота, без явних клінічних ознак внутрішньої кровотечі, подразнення очеревини, що вимагало застосування мінімального об'єму засобів діагностики (ревiзiя рани або вульнерографiя, первинна хiрургiчна обробка). До *третьої групи* вiдносили потерпiлих, у яких об'єм i характер пошкоджень ОЧП був не ясний i їх неможливо було виявити при первинному оглядi. У цiєї групи хворих проводився комплекс обстежень в динамiцi, продовжувалося консервативне лiкування й спостереження в палатi невідкладної допомоги.

Таблиця 1.

Алгоритм діагностики та хірургічної тактики при лікуванні різних ушкоджень живота



При наданні допомоги потерпілим з ушкодженнями порожнистих органів – 97 (41,8 %) і проведенні лапаротомії, дотримувалися правила, якщо у перші 6 годин після отримання травми здійснювали звичайне зашивання рани порожнистого органу, то у послідуєчому проводили

висікання країв рани і тільки після цього відновлювали його цілісність. У всіх хворих з ушкодженнями шлунка – 7 (13,7 %) та дванадцятипалої кишки -3 (2,14 %) здійснено зашивання ран органів двошарними швами з прикриттям їх клаптем великого сальника на ніжці. При пошкодженнях тонкої кишки – 61 (26,3 %): а) у 51 (83, 6 %) потерпілого з ушкодженнями кишки I-III ступеня здійснювали ліквідацію гематоми, зашивання десерозованих ділянок, ран кишки; б) у 6 хворих з множинними ушкодженнями тонкої кишки та порушенням мезентеріального кровообігу виконали резекцію кишки з накладанням анастомозу “кінець у кінець”; в) у 4 хворих з повним розривом тонкої кишки і розлитим серозно-гнійним перитонітом виконали анастомоз “бік у бік” з назо-гастро-єюнальною інтубацією. В усіх випадках під час операції здійснювали блокаду брижі тонкої кишки – 0,25 – 0,5 % розчином новокаїну, а в кінці операції санацію розчином гіпохлориту натрію та дренивання черевної порожнини.

При обґрунтуванні лікувальної тактики у потерпілих з ушкодженнями товстої кишки (18 (7,6 %) враховували не тільки ступінь її ушкодження, час з моменту травми, бактеріальну забрудненість черевної порожнини, а і локалізацію ушкодження. Якщо при ушкодженнях цілості тонкої кишки у більшості випадків ми виконували зашивання кишки, то при ушкодженнях товстої кишки, поряд з первинним зашиванням її дефекту трьохповерховими швами здійснювали накладання проксимальної колостоми. У 3-х хворих з пошкодженнями сигмовидної кишки виконали операцію по типу Гартмана.

Із паренхіматозних органів найбільш часто виникало ушкодження печінки, яке спостерігалось у 22 (23,9 %) постраждалих з відкритою травмою живота та у 23 (16,4 %) з закритою травмою живота. Вибором методу лікування пошкоджень печінки вважаємо тільки оперативне. Основним принципом хірургічного лікування ушкоджень печінки вважаємо: диференційований підхід до вибору оперативного методу лікування залежно від ступеня пошкодження печінки, загального стану потерпілого й використання мінімальних за обсягом оперативних втручань (гемохолестаз, висікання нежиттєздатних тканин, зашивання ран, біліарна декомпресія) дренивання над- і підпечінкового простору, профілактика ускладнень.

Найбільш раціональним підходом до вибору об'єму оперативних втручань при ушкодженнях селезінки вважаємо органозберігальні операції. Нами, із загального числа (40) потерпілих з пошкодженнями селезінки у 8 (20 %) хворих вдалось зберегти орган за рахунок зашивання рани абсорбуючим шовним матеріалом на атравматичній голці. У 2-х пацієнтів з пошкодженнями III ступеня виконано резекцію нижнього полюса селезінки. У 6 (20 %) хворих, яким була виконана спленектомія, проведено аутотрансплантацію фрагмента травмованої тканини селезінки у великий сальник та у брижу тонкої кишки.

Пошкодження підшлункової залози нами виявлено у 5 (3,57 %) із 140 потерпілих з закритою травмою живота. Вибором методу лікування у всіх випадках пошкодження підшлункової залози або його підозру вважаємо оперативне втручання. При цьому, у двох потерпілих з пошкодженнями підшлункової залози I і II ступеня здійснили новокаїнову блокаду парапанкреатичної клітковини 0,25 % розчином новокаїну з 20 тис. контрікалу та 1 гр. цефтазидиму й наступною панкреатобурсооментостомією. У двох хворих з пошкодженнями залози III ступеня, розривом її хвостової частини проведено дистальну резекцію з спленектомією, оментопанкреатопексією, дренажування жовчовивідних шляхів та сальникової сумки. У хворого з пошкодженням головки підшлункової залози здійснили панкреатоеюностомією.

Пошкодження нирок, мали місце у 7 (5,0 %) постраждалих з закритою травмою живота. У п'яти хворих з пошкодженнями нирок I – III ступеня проводили консервативне лікування. У одного потерпілого з пошкодженнями нирки – IV ступеня і у одного – V ступеня та поєднаною травмою органів живота здійснено середину лапаротомію. У хворого з розривом нирки IV ступеня, без пошкодження каналцевої системи та трансудації сечі проведено зашивання коркової та мозкової речовини тонким кетгуттом атравматичною голкою. У хворого з розривом нирки V ступеня – розчавленням паренхіми та її деваскуляризацією здійснено нефректомію. У всіх семи хворих з пошкодженнями нирок наступило виздоровлення.

Важливого значення при наданні допомоги тяжким хворим з травмою живота та крововтратою надавали реінфузії крові та профілактиці гнійно-септичних ускладнень. В окремих випадках, для здійснення негайних реанімаційних заходів, доцільно використовувати для реінфузії незабруднену кров при невеликих пошкодженнях (I-III ступеня) і порожнистих органів (шлунка, проксимальних відділів тонкої кишки). Нами, за життєвими показаннями, під час операції здійснено реінфузію крові у 21 хворого, в тому числі у одного хворого з ушкодженнями шлунка, селезінки, брижі товстої кишки та у 2-х хворих з ушкодженнями проксимального відділу тонкої кишки, її брижі, селезінки, сальника. Середній об'єм втраченої крові у цих хворих становив 1401 ± 95 мл, що служило абсолютним показанням до відновлення об'єму циркулюючої крові. Середній об'єм реінфузії автокрові склав – 1019 ± 98 мл. Своєчасно проведена реінфузія крові сприяла швидкому виведенню пацієнтів з стану гострої анемії, дала можливість уникнути переливання аллогенної крові та покращити результати лікування хворих з тяжкою травмою живота. З метою профілактики гнійно-септичних ускладнень усім потерпілим з проникаючими пораненнями і пошкодженнями ОЧП перед- та інтраопераційно проводили антибіотикотерапію. Найбільш оптимальним режимом антибіотикопрфілактики вважаємо – введення антибіотика за 30 хвилин до розрізу і через 2-3 години під час або у кінці операції. У разі наявності фактора ризику, введення антибіотика здійснювали протягом 24-48 годин

після операції. З цією метою частіше використовували цефамандол або цефотаксим (клафоран), цефтріаксон (роцефін), цефтазидим (фортум) у комбінації з метронідазолом. Поряд з цим, проведенні нами дослідження імунологічної реактивності у хворих з різними ушкодженням ОЧП свідчать про імунодефіцитний стан, ступінь і глибина якого знаходяться в прямій залежності від тяжкості травми й характеризується змінами як клітинного так і гуморального імунітету. З метою корекції CD3-лімфоцитів здійснювали введення препарату неовір (по 250 мг внутрішньом'язово з інтервалом 48 год., до 5 ін'єкцій). В окремих випадках застосовували тималін (по 10 мг внутрішньом'язово щоденно, до 10 ін'єкцій). Для корекції імуноглобулінів використовували нормальний імуноглобулін людини (3 мл – 2 дози внутрішньом'язово одноразово або з інтервалом 48 год.)

Таким чином, отриманні дані свідчать про те, що розроблений в клініці комплекс методів клінічного і інструментального обстеження, лабораторного та бактеріологічного дослідження ВЧП дав можливість диференційовано і своєчасно (до розвитку ускладнень), в залежності від тяжкості та ймовірного прогнозу перебігу ТЖ, підходити до вибору методу лікування та способу хірургічного лікування в кожному конкретному випадку ТЖ.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання, що знайшло своє відображення у розробці алгоритму діагностики та диференційного підходу до вибору лікувальної тактики потерпілих залежно від ступеня ризику та ймовірного прогнозу клінічного перебігу травми живота. В результаті вирішення поставленого завдання розроблено такі наукові та прикладні висновки:

1. У 98,8% потерпілих верифікувати діагноз ушкодження органів черевної порожнини і своєчасно обґрунтувати показання до операції, дозволяють лапароцентез, лапароскопія й цитологічне, біохімічне та бактеріологічне дослідження вмісту черевної порожнини.

2. Критеріями позитивної оцінки лапароцентезу та діагностичного перитонеального лаважу при пошкодженнях паренхіматозних ОЧП є наявність крові більше 10 мл чи іншого вмісту або наявність у перитонеальному діалізаті еритроцитів $>0,1 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцитів $>0,5 \cdot 10^9/л$ та гемоглобіну >2 г/л. Наростання “індексу співвідношення клітин” у діалізаті (ІСКК > 1) свідчить про пошкодження порожнистих органів черевної порожнини.

3. При закритих пошкодженнях паренхіматозних і порожнистих органів, а також при проникаючих пораненнях живота, без поранення внутрішніх органів, до 6 годин вміст черевної порожнини залишається стерильним, або мінімально забрудненим (КУО $<10^3$ в 1 мл). При

пошкодження товстої кишки швидко настає контамінація черевної порожнини, що є одним із основних чинників розвитку гнійно-септичних ускладнень.

4. У потерпілих з пошкодженнями органів черевної порожнини виникають порушення імунного стану, які проявляються зниженням кількості CD4-лімфоцитів, підвищенням вмісту CD8-лімфоцитів, пригніченням активності лімфоцитів, фагоцитозу, зниженням концентрації імуноглобулінів. Проведення імунокоригуючої терапії сприяло покращенню показників імунограми та зниженню післяопераційних ускладнень у 2,5 рази.

5. При масивній гострій крововтраті у потерпілих з травматичними ушкодженнями селезінки і печінки ведуче місце у програмі інфузійно-трансфузійної терапії належить реінфузії крові. При жеттевозагрозливих станах потерпілих та відсутності донорської крові, її компонентів, препаратів для здійснення негайних реанімаційних заходів доцільно використовувати для реінфузії незабруднену кров при пошкодженнях (I-II ступенях) і порожнистих органів у перші 6 годин з моменту травми.

6. Використання розробленої програми комплексного обстеження потерпілих з травмами живота дозволило об'єктивно оцінити стан потерпілих, виявити групи ризику хворих, прогнозувати ймовірність клінічного перебігу та визначити раціональну хірургічну тактику в кожному конкретному випадку травми живота: а) ускладнена травма живота із несприятливим прогнозом перебігу (більше 20 балів) виконуються – екстрені операції; б) з сумнівним прогнозом перебігу (15-20 балів) – термінові операції; в) з сприятливим прогнозом перебігу (10-14 балів) – відстрочені операції.

7. Комплексне обстеження потерпілих з травмами живота за розробленим тактично-лікувальним алгоритмом дало можливість значно покращити результати хірургічного лікування травм живота та попередити виникнення різних тяжких інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, частота яких зменшилася за останні три роки з 23 % до 8 %, а післяопераційна летальність з 4,2 % до 3,87 %.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Використання діагностичних критеріїв оцінки вмісту черевної порожнини при лапароцентезі і діагностичному перитонеальному лаважі, та розроблені тактично-лікувальні алгоритми прийняття рішень дають можливість своєчасно і диференційовано підходити до вибору методу лікування й об'єму оперативного втручання в кожному конкретному випадку травми живота.

2. Методом вибору при діагностиці ушкоджень травми живота є лапароцентез, програмований діагностичний перитонеальний лаваж і моніторинг з цитологічним, біохімічним та бактеріологічним дослідженням вмісту черевної порожнини. Діагностична лапароскопія є доцільною у потерпілих з

від'ємними результатами лапароцентезу й сумнівною клінічною картиною ушкодження органів черевної порожнини.

3. При ушкодженнях порожнистих органів об'єм хірургічного втручання залежить від виду, локалізації і характеру поранення, поширеності перитоніту: рани шлунка та дванадцятипалої кишки підлягають зашиванню, незалежно від характеру та термінів з моменту травми й дрениванню заочеревинного простору при пораненнях дванадцятипалої кишки. При пораненнях стінки тонкої кишки здійснюється її зашивання, при множинних ушкодженнях кишки та порушеннях мезентеріального кровобігу – її резекція з декомпресією підвісною ілеостомією або назо-гастроєюнальним зондом. При ізольованих пораненнях I-II ст. правої половини товстої кишки до 6 годин, показане зашивання рани з додатковою трансанальною інтубацією, при ушкодженнях поперечно-ободової кишки – зашивання рани з розвантажувальною цеко- або колостоєю, у хворих з ушкодженнями III і IV ст. та порушенням мезентеріального кровобігу показана резекція кишки з анастомоз “кінець у кінець” і розвантажувальною цеко- або колостоєю. У хворих з пошкодженнями селезінкового кута або низхідного відділу товстої кишки III-IV ст. – показана її резекція з зашиванням периферичного відділу і виведенням центрального відділу у вигляді одноствольного ануса. У тяжких хворих, при поєднаних пошкодженнях органів черевної порожнини та наявності перитоніту, показана експеритонізація ушкодженої ділянки товстої кишки.

4. При ушкодженнях селезінки I-II ст. методом вибору є органозберігальні операції, зашивання розривів, сегментарна резекція. При пошкодженнях селезінки IV-V ступеня – показана спленектомія з автотрансплантацією фрагмента органа у великий сальник або у брижу тонкої кишки. При пошкодженнях печінки здійснюється зупинка кровотечі і витікання жовчі за допомогою ізольованої перев'язки судин та зашивання ран спеціальними швами, за показаннями – відновлювальні та реконструктивні операції на жовчних шляхах. При пошкодженнях підшлункової залози I-II ступеня показана парапанкреатична новокаїнова блокада, панкреатобурсооментопексія. При розривах дистального відділу залози – резекція травмованої частини, панкреатооментопексія. При розривах тіла і головки – зашивання протоки або панкреатоєюностомія, панкреатооментопексія й дренивання ложа залози.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Жуковський В.С., Сайдаковський Ю.Я., Філь Ю.Я. Діагностична цінність лапароцентезу і перитонеального лаважу у хворих з поєднаною травмою // Acta Medica Leopoliensia (Львівський медичний часопис). – 2001. – №2. – С. 20-22. (В основу даної статті покладені результати особистого

обстеження та лікування 60 % хворих з поєднаною травмою, здійснено статистичну обробку та підготовку матеріалу до друку).

2. Жуковський В.С., Філь Ю.Я., Трут'як І.Р., Хім'як Л.С., Корнійчук О.П., Півник О.В. Результати дослідження мікробного забруднення черевної порожнини при травмах живота // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можаєва. -2001. – №2. – С.120-123.(В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 40 % хворих з множинними та поєднаними пошкодженнями органів черевної порожнини, здійснено статистичну обробку та підготовку матеріалу до друку).

3. Жуковський В.С., Філь Ю.Я., Сайдаковський Ю.Я., Цвих А.А., Корнійчук О.П., Хім'як Л.С. Прогнозування гнійно-септичних ускладнень та їх профілактика при травмі живота // Acta Medica Leopoliensia (Львівський медичний часопис). – 2002. – №1. – С. 45-49. (В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 60 % хворих з множинними та поєднаними пошкодженнями органів черевної порожнини, здійснено статистичну обробку та підготовку матеріалу до друку).

4. Філь Ю.Я., Жуковський В.С., Підлісецький Т.М., Філь А.Ю. Діагностика і лікувальна тактика при поєднаній травмі таза // Acta Medica Leopoliensia (Львівський медичний часопис). – 2002. – №3. – С. 75-77. (В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 40 % хворих з поєднаною травмою таза, здійснено статистичну обробку та підготовку матеріалу до друку).

5. Жуковський В.С., Філь Ю.Я., Данилейченко В.В., Корнійчук О.П., Хім'як Л.С. Діагностичне значення бактеріологічного дослідження вмісту черевної порожнини при травмі живота // Галицький лікарський вісник. – 2002. – № 3. – С. 135-137.(В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 70 % хворих з множинними та поєднаними пошкодженнями органів черевної порожнини, здійснено статистичну обробку та підготовку матеріалу до друку)

6. Деклараційний патент на винахід №55632 А від 15.04.2003 р. Скоба фіксаційна для лікування переломів ребер та груднини” у хворих з поєднаним пошкодженням реберного каркасу грудної клітки та органів черевної порожнини / Філь Ю.Я., Філь А.Ю., Жуковський В.С. (Україна). – Заявка № 2002021398; Заявлено 19.02.2002.; Опубл.: 15.04.2003. Бюл. № 4.

7. Трут'як І.Р., Федорчак С.М., Жуковський В.С., Трут'як О.І., Серафін Ю.Я. Клінічні аспекти діагностики і лікування травматичних пошкоджень підшлункової залози // Матеріали ювілейної науково-практ. конф., присв. 25-річчю ЛМКЛШМД “Сучасні аспекти невідкладної медичної допомоги”. – Львів. -1997. – Книга. I. – С. 172-173. (В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 20 % хворих з травматичним пошкодженням підшлункової залози, здійснено статистичну обробку матеріалу).

8.Трутяк І.Р., Сайдаковський Ю.Я., Тимошук Р.М., Жуковський В.С., Королюк О.В. Хірургічні операції на органах черевної порожнини при політравмах // Матеріали. науково.-практ. конф., присвяченої 30-річ. 8-ї МКЛ м. Львова.. – Львів. – 1999. – С. 75-77. (В основу даної статті автором покладені результати особистого обстеження та лікування 30 % хворих з пошкодженням органів черевної порожнини при політравмі, та здійснено підготовку матеріалу до друку).

9.Жуковський В.С., Хім.’як Л.С. Визначення бактеріального забруднення черевної порожнини при травмі живота // Матеріали. науково.-практ. конф “Актуальні питання множинної і поєднаної травми”. – Львів. – 2000. – С. 22. (В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 70 % хворих з пошкодженням органів черевної порожнини, здійснено статистичну обробку та підготовку матеріалу до друку).

10.Жуковський В.С., Філь Ю.Я., Сайдаковський Ю.Я., Цвих А.А. Діагностичний перитонеальний лаваж при поєднаній травмі живота // Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. “Проблеми військової охорони здоров’я”. – Випуск 11. – Київ. – 2002. – С. 405-413. (В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 70 % хворих з множинними та поєднаними пошкодженнями органів черевної порожнини, здійснено статистичну обробку та підготовку матеріалу до друку).

11.Трутяк І.Р., Перетятко Р.О., Жуковський В.С., Королюк О.В., Бац І.М. Стандарти діагностики і хірургічного лікування пошкоджень підшлункової залози // Матеріали науково-практ. конф. “Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії”. – Львів. – 2004. – С. 199-200. (В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 30 % хворих з пошкодженнями підшлункової залози).

12.Трутяк І.Р., Філь Ю.Я., Папст А.І., Перетятко Р.О., Жуковський В.С., Лунь Я.М. Основні етапи оперативного втручання при травмі органів черевної порожнини // Матеріали науково-практ. конф. “Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії”. – Львів. – 2004. – С. 200-202. (Автором здійснено збір матеріалу до статті).

13.Філь Ю.Я., Трутяк І.Р., Жуковський В.С., Королюк О.В., Лабай О.М. Сучасні стандарти хірургічного лікування травматичного пошкодження селезінки // Матеріали науково-практ. конф. “Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії”. – Львів. – 2004. – С. 204-205. (Автором здійснено збір матеріалу до статті. В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 50 % хворих з поєднаною травмою таза, здійснено статистичну обробку та підготовку матеріалу до друку).

14.Жуковський В.С., Хім.’як Л.С. Можливості реінфузії крові при травмі живота // Всеукраїнський симпозиум з міжнародною участю “Безкровна хірургія сучасна концепція гемотрансфузійної терапії”.

– Львів. – 2000. – С. 87-89. (В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 70 % хворих з пошкодженням органів черевної порожнини, здійснено статистичну обробку та підготовку матеріалу до друку).

15. Жуковський В.С., Філь Ю.Я., Трутяк І.Р., Мостовик З.Т. Інтенсивна терапія в комплексному лікуванні множинних та поєднаних пошкоджень ОЧП // Матеріали ІV з'їзду гематологів та трансфузіологів України "Гематологія і переливання крові". – Київ. – 2001. – С. 155. (В основу даної статті покладені результати особистого обстеження та лікування 40 % хворих з множинними та поєднаними пошкодженнями органів черевної порожнини, здійснено статистичну обробку та підготовку матеріалу до друку).

АНОТАЦІЯ

Жуковський В.С. Діагностичне та прогностичне значення вмісту черевної порожнини при травмі живота – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2004.

Робота присвячена питанням оптимізації хірургічного лікування різних ушкоджень органів черевної порожнини на основі оцінки ефективності і можливостей комплексного клінічного та інструментального обстеження травмованих, лабораторного, бактеріологічного дослідження ВЧП й індивідуальних особливостей клінічного перебігу ТЖ.

Автором здійснено комплекс досліджень та виявлено взаємозв'язок найбільш інформативних клініко-діагностичних показників лабораторного, біохімічного, бактеріологічного дослідження, результатів лапароцентезу, ДПЛ, лапароскопії, УЗД, рентгенологічного обстеження потерпілих залежно від характеру ушкодження, тяжкості травми, часу з моменту її отримання та наявності ускладнень. Вперше вивчено характер мікрофлори черевної порожнини розроблена схема профілактики й лікування гнійно-септичних ускладнень та розширенні показання до реінфузії крові при травмах живота, залежно від тяжкості травми, ступеня крововтрати, інфікування черевної порожнини та часу отримання травми. Розроблений в клініці лікувально-тактичний алгоритм прийняття рішень та упорядкування термінів операції дав можливість своєчасно і диференційовано (до розвитку ускладнень) підходити до вибору хірургічного лікування в залежності від тяжкості та ймовірного прогнозу перебігу ТЖ, що дозволило значно покращити результати лікування,

попередити виникнення різних ускладнень, частота яких зменшилася за останні три роки з 23 % до 8 %, а післяопераційна летальність з 4,2 % до 3,87 % .

Ключові слова: травма живота, лапароцентез, діагностичний перитонеальний лаваж (ДПЛ), лапароскопія, імунологія, бактеріологія, прогностичні критерії, ступені ризику, алгоритм, реінфузія, хірургічне лікування.

АННОТАЦІЯ

Жуковский В.С. Дагностическое и прогностическое значение содержимого брюшной полости при травме живота – Рукопись.

Работа на соискание ученой степени кандидата медицинских наук за специальностью 14.01.03 – хирургия. – Тернопольская государственная медицинская академия им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины, Тернополь, 2004.

Диссертация посвящена вопросам оптимизации хирургического лечения различных повреждений органов брюшной полости на основе оценки эффективности и возможностей комплексного клинического и инструментального обследования травмированных, лабораторного, бактериологического исследования содержимого брюшной полости и индивидуальных особенностей клинического течения ТЖ.

Автором проведен комплекс исследований и установлена взаимосвязь наиболее информативных клиничко-диагностических показателей лабораторного, биохимического, бактериологического исследования, результатов лапароцентеза, ДПЛ, лапароскопии, УЗИ, рентгенологического исследования больных в зависимости от характера повреждений, тяжести травмы, времени с момента ее получения и наличия осложнений. Автором установлено, что диагностическую лапаротомию при закрытых травмах живота следует производить лишь в крайних случаях, когда исчерпаны все доступные методы диагностики и остаются сомнения относительно повреждений органов брюшной полости. Автором впервые изучен характер микрофлоры брюшной полости в зависимости от вида травмы, времени получения повреждений, а так же разработана схема профилактики и лечения гнойно-септических осложнений. Наряду с этим, автором изучены возможности и расширены показания к реинфузии крови при травмах живота, в зависимости от тяжести травмы, степени кровопотери, инфицирования брюшной полости и времени получения травмы. Автором доказано, что у пострадавших с повреждениями органов брюшной полости возникают выраженные нарушения состояния клеточного и гуморального иммунитета. Результаты вышеизложенных исследований

послужили основой для разработки лечебной концепции и тактики лечения больных с различными повреждениями живота.

В зависимости от суммы баллов прогностически важных клинико-диагностических признаков выделены три формы клинического течения травмы живота и три типа оперативных вмешательств: а) осложненная травма живота с неблагоприятным прогнозом течения (больше 20 баллов), выполняются экстренные операции в первые 3 часа, направленные на сохранение жизни; б) осложненная травма живота с неопределенным прогнозом течения (15-20 баллов) – срочные операции в первые 3-6 часов, направленные на предупреждение смертельных осложнений; в) неосложненная травма живота с благоприятным прогнозом течения (10-14 баллов) – отсроченные операции выполняются через 6-12 часов после госпитализации пострадавшего в стационар.

Разработанный в клинике лечебно-тактический алгоритм принятия решений и упорядочение сроков операции у потерпевших с повреждениями органов брюшной полости дал возможность своевременно и дифференцированно (к развитию осложнений) подходить к выбору метода операции в зависимости от тяжести и вероятного прогноза клинического течения травмы живота, что дало возможность значительно улучшить результаты лечения, предупредить возникновение различных осложнений, частота которых уменьшилась за последние три года с 23 % до 8 %, а послеоперационная летальность с 4,2 % до 3,87 % .

Ключевые слова: травма живота, лапароцентез, диагностический перитонеальный лаваж (ДПЛ), лапароскопия, иммунология, бактериология, прогностические критерии, степени риска, алгоритм, реинфузия, хирургическое лечение.

SUMMARY

Zhukovsky V.S. Diagnostic and prognostic meaning of abdominal cavity contents in abdominal trauma. – Manuscript.

The dissertation aimed at obtaining the scientific degree “candidate of medical science” according to speciality 14.01.03 – surgery. – Ternopil State Medical Academy named after I. Ya. Horbachevsky of the Ukrainian Health Ministry, Ternopil, 2004.

The work is devoted to the problems of optimization surgical treatment of various damages of abdomen on the basis of assessment the efficacy and possibilities of complex clinical and instrumental examination of patients, laboratorial, bacteriological investigation of abdominal cavity contents and individual peculiarities of abdominal damage clinical course.

the author carried out the complex of investigations and revealed the intercommunication of the most informative clinico – diagnostic indices of laboratorial, biochemical, bacteriological study of laparocentesis results, DPL, laparoscopy, USD, X-ray examination of the patients depending on the character of damage, severity of trauma taking into consideration its duration and the availability of complications. Was the first to have studied the character of abdominal cavity microflora depending on the character of trauma, its duration, and worked out the scheme of prevention and treatment of purulent –septive complications. The author has also studied the possibilities and indications to blood reinfusion in abdominal trauma depending on the severity of trauma, the degree of blood loss, infecting of abdominal cavity, and the time of getting trauma. The worked out in clinic treatment and tactics algorithm of taking decisions and arrangement of proper time for operations on the patients with damaged organs of abdominal cavity made it possible to timely and differentially (prior to complications development) choose the surgical treatment depending on the severity and possible prognosis of abdominal trauma which made it possible to considerably improve the results of treatment and prevent various complications, the frequency of which has decreased during the last three years from 23% to 8% and the postoperative lethality from 4,2% to 3,8%.

Key words: abdominal trauma, laparocentesis, diagnostic peritoneal lavage (DPL), laparoscopy, immunology, bacteriology, prognostic criteria, risk degrees, algorithm, reinfusion, surgical treatment.