

УДК 617–001–089–06

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ У ПОТЕРПІЛИХ З ІЗОЛЬОВАНОЮ ТА ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ**Г. Г. Рошин, О. В. Мазуренко, А. В. Мусієнко***Київський науково-практичний центр швидкої медичної допомоги та медицини катастроф*

Реферат. Проаналізовані післяопераційні ускладнення (ІФУ) у 406 потерпілих з ізольованою та поєднаною травмою. Встановлено, що через ПУ повторні оперативні втручання у пацієнтів з поєднаною травмою виконують у 3 рази частіше, ніж з ізольованою.

Ключові слова: ізольована і поєднана травма – післяопераційні ускладнення – повторне оперативне втручання.

Summary. Postoperative complications (PC) in 406 patients with isolated and combined injuries were analyzed. It was established that due to PC the operative interventions are conducted in injured persons with combined trauma three times more frequently than in patients with isolated one.

Key words: isolated and combined trauma – postoperative complications – reoperation.

Проведений ретроспективний вибірковий аналіз перебігу післяопераційного періоду у 2158 хворих: у 660 (30,6%) – з проникаючим пораненням черевної порожнини (ППЧП), у 237 (11,0%) – закритою травмою живота (ЗТЖ), у 397 (18,4%) – проникаючим пораненням грудей (ППГ), у 237 (11,0%) – закритою травмою грудей (ЗТГ), у 263 (12,2%) – торакоабдомінальним пораненням (ТАП), у 159 (7,4%) – закритою поєднаною травмою (ЗПТ) органів грудної (ОГП) та черевної (ОЧП) порожнин, у 107 (4,9%) – закритою поєднаною краніоторакальною травмою (ЗПКТТ), у 52 (2,4%) – закритою поєднаною краніоабдомінальною травмою (ЗПКАТ), у 46 (2,1%) – закритою поєднаною краніоторакоабдомінальною травмою (ЗПКТАТ).

Визначали ступінь тяжкості пошкоджень (СТП) за шкалою ISS, обчислювали коефіцієнт локалізації ПУ (ЛПУ) за відношенням загального числа зареєстрованих ПУ до загального числа хворих, у яких вони виникли.

З 660 пацієнтів з ППЧП ПУ виникли у 53 (8,1%): у 25 – з пораненням порожнистих органів, у 7 – паренхіматозних, у 9 – порожнистих та паренхіматозних, у 7 – брижі кишечника, у 5 – проникаючим пораненням черевної порожнини без пошкодження внутрішніх органів. ПУ відмічені в 67 спостереженнях: нагноєння операційної рани (в 42), рання післяопераційна непрохідність кишечника (в 10), післяопераційна пневмонія (в 6), евентрація тонкої кишки (в 3), утворення лігатурної (в 3) та кишкової (в 2) нориці, внутрішньочеревна кровотеча (в 1). Повторно оперативне втручання здійснено 8 потерпілим: з приводу непрохідності кишечника – 6, кишкової нориці – 1, внутрішньочеревної кровотечі – 1. Коефіцієнт ЛПУ у цих потерпілих становив 1,26; тривалість госпіталізації – в середньому (22,6 ± 1,8) доби.

У 22 (9,3%) травмованих з ЗТЖ відзначені такі ПУ: пошкодження паренхіматозних органів – в 11, порожнистих – у 9, брижі кишечника – у 2. Нагноєння операційної рани виникло в 15 спостереженнях, абсцес черевної порожнини – в 7, після-

операційна пневмонія – в 3, рання непрохідність кишечника – в 2, нориця товстої кишки – в 1, панкреатична нориця – в 1, післятравматичний панкреатит – в 1. Повторна операція виконана у 7 хворих (у 4 – з приводу абсцесу черевної порожнини, у 3 – ранньої непрохідності кишечника).

СТП в 11 хворих становив 34–51 бал, у 9 – 16–25 балів, у 2 – 9 балів; коефіцієнт ЛПУ – 1,36; тривалість лікування в середньому (30,9 ± 5,1) доби.

ПУ виникли у 49 (12,3%) потерпілих з ППГ (у 46 – з пораненням легень та/або судин плевральної порожнини, у 3 – серця). В усіх спостереженнях виявлено пневмогемоторакс. У цих травмованих операцією вибору було дренування плевральної порожнини за Бюлау та первинна хірургічна обробка рани; торакотомія виконана у 8 хворих. Післятравматична пневмонія виникла у 26 хворих, нагноєння операційної рани – у 16, ексудативний плеврит – у 7, емпієма плеври – у 4, ателектаз легень – у 2, міокардит – у 2, медиастиніт – в 1. Коефіцієнт ЛПУ дорівнював 1,18; тривалість госпіталізації в середньому – (22,8 ± 2,6) доби.

У 32 (13,5%) потерпілих з ЗТГ (переломом ребер, ускладненим пневмо- та/або гемотораксом) виникли такі ПУ: післятравматична пневмонія – в 21 спостереженні, нагноєння операційної рани – в 9, ексудативний плеврит – в 8, емпієма плеври – в 3. СТП становив 18–23 балів у 28 хворих, 9–13 балів – у 4; коефіцієнт ЛПУ – 1,28; середня тривалість госпіталізації – (18,1 ± 2,9) доби.

ПУ виникли у 75 (28,5%) хворих, оперованих з приводу ТАП: у 38 – з пораненням паренхіматозних органів, у 30 – порожнистих, у 4 – порожнистих та паренхіматозних, у 3 – брижі ободової кишки. В усіх спостереженнях діагностовано поранення діафрагми і пневмо- та/або гемоторакс. Післяопераційна пневмонія виявлена в 82 спостереженнях, нагноєння операційної рани – в 37, непрохідність кишечника – в 8, піддіафрагмальний абсцес – в 6, ексудативний плеврит – в 3, емпієма плеври – в 2.

Повторне оперативне втручання виконали у 13 хворих: розкриття піддіафрагмального абсцесу – у 6, усунення спайкової непрохідності кишечника – у 5, дренування порожнини плеври при емпіємі – у 2. Коефіцієнт ЛПУ складав 1,84; тривалість госпіталізації в середньому – (32,3 ± 6,1) доби.

ПУ спостерігали у 61 (38,4%) травмованого з ЗПТ ОГП та ОЧП: у 27 – з пошкодженням паренхіматозних органів, у 21 – порожнистих, в 11 – паренхіматозних органів та брижі кишечника, у 2 – брижі кишечника. В усіх хворих діагностований перелом ребер, у 24 – ускладнений пневмо- та/або гемотораксом. Нагноєння операційної рани виникло в 47 спостереженнях, післятравматична пневмонія – в 39, ексудативний плеврит – в 17, рання післяопераційна непрохідність кишечника – в 12,

піддіафрагмальний абсцес – в 7, післятравматичний панкреатит – в 6. Повторно оперативне втручання виконали у 19 хворих, з них в 11 – з приводу спайкової непрохідності кишечника, у 8 – піддіафрагмального абсцесу. СТП становив 43–59 балів у 37 хворих, 27–34 бали – у 18, 13–20 балів – у 6; коефіцієнт ЛПУ – 2,09; тривалість госпіталізації в середньому – $(36,3 \pm 1,1)$ доби.

У 57 (53,3%) пацієнтів з ЗПКТТ після виконання торакотомії (у 6), дренивання плевральної порожнини за Бюлау (у 51) виникли ПУ. В усіх пацієнтів була черепно-мозкова травма (ЧМТ) легка та середньої тяжкості, перелом ребер, ускладнений пневмо- та/або гемотораксом. Відзначали післяопераційну пневмонію в 54 спостереженнях, нагноєння операційної рани – в 8. СТП становив 25 балів у 39 хворих, 13 балів – у 18; коефіцієнт ЛПУ дорівнював 1,08; тривалість госпіталізації в середньому – $(20,7 \pm 2,8)$ доби.

ПУ виникли у 23 (44,2%) потерпілих з ЗПКАТ (у 13 – з пошкодженням паренхіматозних органів, у 6 – порожнистих, у 4 – брижі кишечника). Ранню післяопераційну непрохідність кишечника відзначали в 16 спостереженнях, нагноєння операційної рани – в 6, пневмонію – в 3, післятравматичний панкреатит – в 3, піддіафрагмальний абсцес – в 1, обтураційну жовтяницю – в 1, лігатурну норицю – в 1. Повторно оперативне втручання виконано у 3 хворих, у 2 з них – з приводу спайкової непрохідності кишечника, в 1 – піддіафрагмального абсцесу. СТП становив 57 балів у 13 хворих, 25–34 бали – у 10; коефіцієнт ЛПУ – 1,34; тривалість госпіталізації в середньому – $(28,8 \pm 7,5)$ доби.

У 34 (73,9%) травмованих з ЗПКТАТ виникли ПУ після виконання торакотомії (у 3), дренивання плевральної порожнини за Бюлау (у 31), лапаротомії з приводу пошкодження паренхіматозних органів (у 16), порожнистих (у 5), брижі кишечника (у 7), поєднаних пошкоджень ОЧП (у 6). В усіх хворих діагностована ЧМТ легка та середньої тяжкості. Післятравматичну пневмонію виявлено у 32 хворих, нагноєння операційної рани – у 15, па-

ралітичну непрохідність кишечника – у 14, спайкову непрохідність кишечника – у 3, лігатурну норицю – у 3, післятравматичний панкреатит – у 2. Повторно оперативне втручання з приводу спайкової непрохідності кишечника та лігатурних нориць виконано у 6 пацієнтів. СТП становив 38 балів у 19 хворих, 34 балів – у 13, 29 балів – у 2; коефіцієнт ЛПУ – 2,02; тривалість госпіталізації в середньому – $(54,3 \pm 6,6)$ доби.

Висновки

1. ПУ виникають у 9,3–13,5% травмованих з ізольованим та у 28,5 – 73,2% – поєднаним пошкодженням.
2. У 53,7% травмованих з ПУ СТП за шкалою ISS становить 25 балів та більше.
3. У потерпілих з ЗПТ ОГП та ОЧП, ЗПКТАТ та ТАП частота виникнення ПУ в 1,6 разу більша, ніж у хворих з ізольованим пошкодженням внутрішніх органів, ЗПКТТ та ЗПКАТ.
4. При ізольованому пошкодженні ОЧП переважно відзначали нагноєння операційної рани (у 50–62,7% хворих), абсцес черевної порожнини (у 23,4%), ранню післяопераційну непрохідність кишечника (у 14,9%) та пневмонію (у 8,9–10%).
5. При ЗПТ ОЧП найчастіше виникали післяопераційна пневмонія (у 59,4% хворих), рання післяопераційна непрохідність кишечника (у 51,6%), нагноєння операційної рани (у 36,7%).
6. У 50% травмованих з ЗПКАТ спостерігали ранню післяопераційну непрохідність кишечника.
7. Частота виникнення післятравматичної пневмонії становила 44,8–51,2% при ізольованому та 30,4–87,5% – при поєднаному пошкодженні грудей.
8. У постраждалих з ЗПТ ОГП та ОЧП через ПУ повторне оперативне втручання здійснюють у 3 рази частіше, ніж у потерпілих з ізольованим пошкодженням ОГП та ОЧП, а також з іншими поєднаними пошкодженнями.
9. В 58,8% спостережень повторне оперативне втручання спричинене ранньою післяопераційною непрохідністю кишечника.

Надійшла 02.12.96