

КЕУДЕҚҰРСАҚ ЖАРАҚАТЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІН ЖЕТІЛДІРУ

Кеудеқұрсақ жарақатында видеоторакоскопия және видеолапароскопия мен бірге авторлар динамикалық видеолапароскопияны қолданды. Динамикалық видеолапароскопия операциядан кейінгі асқынудың алдын-алып қана қоймай, науқасқа хирургиялық емді толығымен жүргізуге мүмкіндік берді.

Түйінді сөздер: кеудеқұрсақ жарақаты, видеоторакоскопия, видеолапароскопия, динамикалық видеолапароскопия.

Тақырыптың өзектілігі: Кеудеқұрсақ жарақатының өзектілігі жарақат жиілігінің өсуі, диагностикасының қиындығы, өту ағымының ауырлығы мен өлім санының жоғарлығына байланысты. Өлім санының жоғарлығы өмірге қажетті ағзалардың жарақаттануымен, гемодинамиканың, тыныс алудың бұзылуының дамуына байланысты және 2,6% бен 29,3% аралығын құрайды. Операциядан кейінгі асқыну саны 9,3% бен 22,6% аралығында болады. Операция жасау жолының тәсілін таңдауда шешілмеген сұрақтардың талқылануы жалғасуда. Көптеген і хирургтар бір ағзаға жасау операциясына әртүрлі жолдарды таңдайды және оны өте тиімді және қарапайым тәсіл деп атайды. Сондықтан кеудеқұрсақ жарақатының диагностикалық әдістері мен хирургиялық емдеу тәсілдерін жетілдіруді қажет етеді.

Жұмыстың мақсаты: Кеудеқұрсақ жарақатының диагностикалық әдістері мен хирургиялық емдеу тәсілдерін жетілдіру.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Клиникалық материал Алматы көсалалы клиникалық аурухана мен №7 ҚКА болған 108 науқастарды құрайды. Оның ішінде 104(96,3%) науқас сұғыла-кесілген, 4(3,7%) оқ жарақатымен жарақаттанған. Жалпы жарақаттанғандар 16 мен 62 жас аралығында, ерлер 104(96,3%), әйелдер 4(3,7%) құрайды. Кеудеқұрсақ жарақаты сол жақты 70(64,8%), оң жақты 38(35,2%) науқаста кездесті.

Клиникасы мен диагностикасы. Сол жақты жарақаттанған науқастар мен оң жақты жарақаттанғандардың арасында клиникалық көптеген айырмашылықтар болды. Кеудеқұрсақ жарақатындағы әртүрлі симптомдар жиынтығын, жараның түрлі орналасуы және анатомиялық ерекшеліктері келесі кестеде көрсетілген.

Кесте 1 - Кеудеқұрсақ жарақаттанған науқастардың клиникалық симптомдар жиынтығы

Симптомдар жиынтығы	Сол жақты (n=70)	Оң жақты (n=38)	Барлығы
К+Қ+	39	13	52(48,2%)
К+Қ-	13	9	22(20,4%)
К-Қ+	14	11	25(23,1%)
К-Қ-	4	5	9(8,3%)

Кеудеқұрсақ жарақатында қайсы жақты жарақаттануына қарамастан ең көп симптомдар жиынтығы (К+Қ+) кеуде мен құрсақ жарақатында (48,2%) кездесті. Бірақ бұл көрсеткіш оң жақты жарақаттанған науқастарға қарағанда, сол жақты жарақаттанған науқастарда өте көп кездесті. Кеудеқұрсақ жарақатында айқын симптомдар жиынтығының (К-Қ-) болмауы сол жақты жарақатта 5,7% құраса, ал оң жақты жарақатта екі есе көп 13,2% құрады.

Негізгі клиникада анықтаушы симптомдар жиынтығы құрсақ ішілік қансырау болып табылып ол 60,2% науқаста кездесті, сондай-ақ бұл көрсеткіш кеудеқұрсақ жарақатының оң жақты жарақаттанғандарында көптеу кездесті 78,9%. Сол жақты жарақаттанғандар арасында перитонит клиникасы 34,3% науқаста кездесті, ал оң жақты жарақаттанғандарда бұл белгі кездеспеді. (Кесте – 2).

Келіп түскенде тұрақсыз гемодинамика 54,6% науқаста байқалды, сондай-ақ ол сол жақты жарақаттанғандарға қарағанда оң жақты жарақаттанғандарда көп болып (60,5%) науқаста кездеседі.

Кесте 2 - Кеудеқұрсақ жарақатымен жарақаттанғандардың клиникалық белгілері

Клиникалық белгілері	Сол жақты	Оң жақты	Барлығы
Құрсақ ішілік қансырау	35	30	65(60,2%)
Плевра ішілік қансырау**	26	18	44(40,7%)
Перитонит	24	-	24(22,2%)
Ауа жетіспеушілігі	15	6	21(19,4%)

* науқастарда бірнеше симптомдар жиынтығы бірігіп кездеседі

**айырмашылық дәлелдік көрсеткіші 99%, t=4,7

Науқастардың жалпы жағдайына қансырау дәрежесі үлкен әсер етті. Ауыр жағдай 61,1% науқастарда, орташа ауырлықта 28,7%, салыстырмалы түрде қанағаттанарлық 10,2% науқастарда кездесті. Сондай-ақ, сол жақты жарақаттанған науқастар өте жиі ауыр жағдайда (64,3%), оң жақты жарақаттанғандармен салыстырғанда 13,1% анықталды.

Науқастардың ауыр жағдайы көптеген диагностикалық шараларды барлық мүмкіндігінше жасауға жол бермеді. Сондықтан рентгенологиялық зерттеуді тек 32,4%, науқасқа, диагностикалық УДЗ әдісін 3,7% науқасқа жсалды.

Тұрақсыз гемодинамикамен келген науқастарды диагностикалық шаралар жасауға мүмкіндік болмайды. Қансырауды тоқтату мақсатында негізгі диагностикалық әдіс бұл оперативті шара болып табылады және оны реанимациялық шарамен бірге жүргізіледі.

Тұрақты гемодинамикамен келіп түскен науқастардың қорытынды зерттеу әдісіне видеоэндоскопиялық зерттеу жатады. Кеудеқұрсақ жарақатында кеуделік зақымдалу басым болғанда видеоторакоскопия, ал құрсақ зақымдалуы басым науқастарға видеолапароскопия жасалады.

Хирургиялық емі. Сол жақ және оң жақ бөліктің анатомиялық ерекшелігіне байланысты кеудеқұрсақ жарақатында сол жақты және оң жақты зақымдануларының ерекшеліктері болады. Кеудеқұрсақ жарақатының зақымданулары 3 кестеде көрсетілген.

Кесте 3 - Кеудеқұрсақ жарақатындағы зақымданулар

Зақымданған ағзалар	Сол жақты	Оң жақты	Барлығы
Кеуде қуысы			
Өкпе	12	13	25(23,2%)
Кеуде қабырғасының қан тамырлары *	22	9	31(28,7%)

Жүрек және перикард*	8	2	10(9,3%)
Құрсақ қуысы			
Бауыр*	21	36	57(52,8%)
Көк бауыр*	27	-	27(25%)
Асқазан*	16	-	16(14,8%)
Ұйқы безі*	10	-	10(9,3%)
Тоқ ішек*	10	-	10(9,3%)
Бүйрек	5	3	8(7,4%)
Аш ішек	2	-	2(1,9%)
12 елі ішек	1	-	1(0,9%)
Холедох	1	-	1(0,9%)
Өт қабы	-	1	1(0,9%)
Ішкі ағзалардың зақымдануынсыз	6	2	8(7,4%)

* айырмашылық дәлелдік көрсеткіші 99%

Сол жақты жарақаттанғанда көбнесе құрсақ қуысы ағзалары зақымданады, ал оң жақты жарақаттанғанда көбнесе бауыр зақымданады. Ағзалардың әртүрлі зақымдануын қан жоғалту көлемімен де анықтайды. Кеудеқұрсақ жарақатында плевра қуысына қансырау анықталды, тек К-Қ+ жағдайында құрсақ қуысына қансыраулар болады. Өте көп көлемде (1000мл) қансырау оң жақты жарақаттануда 57,9%, ал сол жақты жарақаттануда 44,3%, науқастарда кездесті. Сонымен бірге көптеген жағдайларда плевра ішілік қансыраулар да кездесті.

КҚЖ операциялық тілік жасау тәсілін және олардың жиілігі туралы 4 кестеде келтірілген.

Кесте 4 - КҚЖ операциялық тілік жасау түрлері

Тілік жасау түрлері	Сол жақты	Оң жақты	Барлығы
лапаротомия*	32	10	42(38,9%)
торакотомия+лапаротомия	12	10	22(20,4%)
ВЛС+лапаротомия*	11	3	14(13,0%)
ВЛС	4	6	10(9,3%)
лапаротомия+торакотомия	4	2	6(5,6%)
торакотомия	3	2	5(4,6%)
торакотомия+ВЛС	2	2	4(3,7%)
торакотомия+ВЛС+лапаротомия	1	1	2(1,9%)
ВТС+торакотомия+ВЛС	-	1	1(0,9%)
ВЛС+ВТС+торакотомия	1	-	1(0,9%)
ВЛС+лапаротомия+торакотомия	-	1	1(0,9%)

* айырмашылық дәлелдік көрсеткіші 95%

Кеудеқұрсақ жарақатында көптеген жағдайда (38,9%) бірінші сатыда лапаротомия операциясы жасалған. Кеуде қуысына жасалатын кезегінде пункция немесе дренаж түтігін қоюмен аяқталған. Торакотомия, одан кейін лапаротомия операциясы 20,4% науқасқа жасалған. Нақты талдау барысында белгілі болғаны көптеген науқастарда лапаротомия операциясынан кейін оң жақты торакотомия жасау операциясы негізсіз жасалған деп есептелді. ВЛС кейінгі торакотомия операциясымен толықтыру ең дұрыс жолы деп есептеледі. Видеоэндоскопияны қолдану 30,6% бақылауда қолданылды. 9,3% науқаста ВЛС негізсіз лапаротомияны болдырмады.

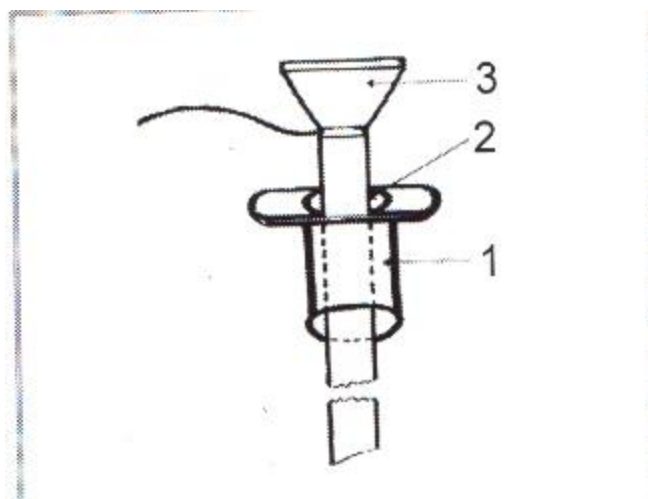
Гемодинамикасы тұрақты науқаста хирургиялық емді алғашқы хирургиялық өңдеуден кейін, қажет болғанда плевра қуысына Бюлау дренаж түтігін қоюмен аяқталады. Алғашқы хирургиялық өңдеу нәтижесіне байланысты зақымдану симптом жиынтығының басымдылығына байланысты ВЛС немесе ВТС жасалады. Лапаро- торакоскопия операциясының техникалық ауырлығына байланысты, сонымен бірге зақымданған ағзаны эндоскопиялық емдеуге болмағанда, торакотомия операциясы жасалады. Зақымданған ағзаны емдегеннен кейін ВЛС немесе лапаротомия операциясы жасалады.

Гемодинамикасы тұрақсыз науқастарға торакотомия операциясы жасалады. Анықталған зақымдалуды тігіп болғаннан кейін, диафрагмадағы жарасы үлкейтіліп, құрсақ қуысына тазарту операциясы жасалады. Егер тазарту және қарап тексеру толық жасауға мүмкіндік болмаса, ВЛС немесе лапаротомия операциясы жасалады.

Кеудеқұрсақ жарақатының құрсақ жарақатында тоқ ішек, 12 елі ішек жарақатында, тігілген жараның бірікпеуіне күмән келген жағдайда, перитонит асқынуына күмәнданғанда 11 науқасқа динамикалық видеолапароскопия жасалды.

Операциядан кейін динамикалық видеолапароскопия жасау үшін, біз лапароскопиялық гильза ретінде бір реттік қолданатын шприц қабын қолдандық. Ол арнайы дайындауды қажет етпейді. (Рациональдық ұсыныс №13/93, 15.11.93ж, ҚММИ-ның БРИЗ-інен берілген).

Тәсілді келесі ретпен орындауға болады: науқастың құрсақ қабырғасының қалыңдығымен бірдей етіп шприцті кесеміз. Шприцтің екі қанатшасына тесік жасаймыз, ине енгізетін. (сурет 1).



Сурет 1 - Лапароскопиялық зерттеу ретінде қолданылатын 1 рет қолданатын шприц қабығы(1), резеңке тығындағыш (2) пеницилин флаконының тығындағышы, лапароскоп тубусы (3).

Операцияның негізгі сатысын жасап болғаннан кейін, котрапертуралық тілік жасау арқылы құрсақ қабырғасына шприцтің қабығын енгізіп, оның екі қанатшасын теріге тігеді де жіптерін байламайды. Одан кейін шприц ішіне дренаж түтігін енгізеді де оны қанатшасындағы жіптерге бекітеді. 2-4 тәуліктеде дренаж түтігін алып, құрсақ қуысына көмір қышқылы газын енгізу арқылы, лапароскопиялық тубуспен құрсақ қуысына тексеру жасалады. Осы тәсіл 11 науқасқа жасалды, 8 науқастың алғашқы операциядан кейінгі асқынуларының алдын алды, соның ішінде 1 науқастың баурына тігілген жіптен қансыраудың, 2 науқастың ішек аралық абсцесін, 1 науқаста ішек анастомозының бірікпей қалуын, 4 науқаста авлғашқы ішек жабысуынан болатын ішектің жүрмей қалуын, 3 науқаста ішек шажырқайының қайталамалы қансырауын алдын-алды.

Келтірілген бақылаулар техникалық жағынан қолдануға тиімді, әрі қолайлы тәсіл екенін көрсетіп отыр. Динамикалық видеолапароскопия бұл жағдайда операциядан кейінгі асқынудың алдын-алып қана қоймай, науқасқа хирургиялық емді толығымен жүргізуге мүмкіндік берді.

Асқынулар 26(24,1%) науқаста байқалды. Ерлер 25(96,2%), ал әйелдер 1(3,8%) болды. Науқастардың жасы 21 мен 50 жас аралығында. Кеудеқұрсақ жарақатының оң жақты жарақатында 9(34,6%), сол жақты жарақатында 17(65,4%) науқаста кездесті. Ауруханаға науқастарды жеткізу уақытына байланысты бөлу 5 кестеде көрсетілген.

Кесте 5 Науқастардың жарақат алғаннан кейін ауруханаға келіп түсу уақыты

Жарақат алғаннан кейінгі уақыт	Сол жақты	Оң жақты	Барлығы
1 сағатқа дейін	9	7	16
1сағаттан кейін*	8	2	10

*айырмашылық дәлелдік көрсеткіші 1 сағатқа дейін, χ^2 көрсеткішімен анықталды, 95% аз болды ($\chi^2=1,5$, $n=1$ тең болғанда).

Кеудеқұрсақ жарақатының оперативті емінен кейінгі асқынулары 6 кестеде көрсетілген.

Кесте 6 - Науқастардың операциялық емнен кейінгі асқынулары

Тілік жасау түрлері	Оң жақты	Сол жақты	Барлығы (n=26)
ВЛС	-	1	1(3,8%)
ВЛС+лапаротомия	1	1	2(7,7%)
торакотомия+ВЛС+лапаротомия	-	1	1(3,8%)
лапаротомия	2	7	9(34,6%)
торакотомия+лапаротомия	6	6	12(46,2%)
лапаротомия+торакотомия	-	1	1(3,8%)

Операциялық емнен кейін асқынулар жиілігі арасында ең жиі асқынулар біріеші торакотомия жасап, одан кейін лапаротомия операциясын жасағандарда кездесті. Операциядан кейінгі асқынулардың құрылымы келесі 7 кестеде көрсетілді.

Кесте 7 - Кеудеқұрсақ операциясынан кейінгі асқынулардың сипаты

Асқынулар	Негізгі топ	Бақылау тобы
перитонит	-	2
Диафрагма асты абсцесі	-	2
Қансыраудың қайталануы	-	2
перикардит	-	1
Өкпенің қабынуы	4	2
Экссудативті плеврит	1	3
Эмпиема	-	2
Ұйыған гемоторакс	1	-
Жараның іріңдеуі	1	1
Алкогольды делирия	-	1

Барлық асқынулар**	7	16
Барлық науқастар (n=101)*	47	54

* 7 қайтыс болған науқас алынып тасталды

** айырмашылық дәлелдік көрсеткіші $p < 0,05$, $t = 3,3$

Құрастырылған алгоритммен емдеу нәтижесінде асқынулардың статистикалық дәлелдік көрсеткіші бойынша азайғанын байқауға болады ($t = 3,3$, $p < 0,05$).

Операциядан кейінгі асқынулармен ауруханада емделіп шығуының орташа күні $21,7 \pm 2,4$, ал асқынбаған науқастар $14,0 \pm 1,6$ күнде емделіп шықты. Бақылау тобында $19,1 \pm 2,2$ күн, негізгі топта $16,61 \pm 1,8$ күнді құрады.

Қайтыс болғандар саны 25 пен 52 жас аралығындағы 7(6,5%) ер адам. Кеудекұрсақ жарақатының оң жақты жарақатында 2 науқас, сол жақты жарақатында 5 науқас болды. Сол жақты жарақаттанған 5 науқаста құрсақ қуысының зақымданулары болды. Оң жақты жарақаттанғандардың 1 науқасында өкпе зақымдануы, 1 науқаста бауыр зақымдануы байқалды. Операциялық тілікті жасау түрлері 8 кестеде көрсетілген.

Кесте 8 - Операциялық тілікті жасау түрлері

Тілік жасау түрлері	Сол жақты	Оң жақты	Барлығы (n=7)
торакотомия+ ВЛС+лапаротомия	1	-	1(14,3%)
лапаротомия+ Бюлау дренаж түтігін қою	2	-	2(28,6%)
торакотомия+ лапаротомия	2	2	4(57,1%)

Қорытынды.

Кеуде қуысының сұғыла- кесілген жарақаттарының ішінде кеудекұрсақ жарақаты 7,8% жағдайда кездесті. Кеудекұрсақ жарақатының диагностикасы мен емнің күрделілігі, науқастардың ауыр жағдайда болуымен байланысты болып, ол 61,1% жағдайда кездесті.

Гемодинамикасы тұрақты кеудекұрсақ жарақатында ең бағалы диагностикалық әдіс ВТС және ВЛС болып табылады. ВТС мен ВЛС арқылы зақымданған ағзаларға хирургиялық ем жасауға болады. Кеудекұрсақ жарақатымен жарақаттанған 15,7% науқастарда видеоэндоскопиялық әдіс зақымданған ағзаларды тігіп, қансырауларды тоқтатты. Динамикалық видеолароскопия операциядан кейінгі асқынудың алдын-алып қана қоймай, науқасқа хирургиялық емді толығымен жүргізуге мүмкіндік берді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Авилов О.В., Гетьман В.Г., Макаров А.В. Торакоскопия в неотложной грудной хирургии. Киев "Здоровья" 1986. -с. 9 - 12.
- 2 Абдулин А.А., Коновалов А.М. Ошибки и осложнения при проникающих ранениях груди. //Грудная и сердечно сосудистая хирургия. №5. М. "Медицина" 1990. -с. 49 - 51.
- 3 Вагнер Е.А. Хирургия поврежденной груди. М.; Медицина, 1981. -с. 26-41.
- 4 Дергунова С.А., Новиков С.Д., Толстокоров А.С., Слесаренко А.С., Кузнецова Ю.В. Видеоторакоскопическое лечение свернувшегося гемоторакса. // Эндоскопическая хирургия - 2001 -№2 - с. 19.
- 5 Скворцов М.Б., Шинкарев Н.Б., Юдин А.Г. Диагностическая и лечебная торакоскопия как альтернатива хирургической операции при заболеваниях и травмах груди. // Тез. 2-го Московского междунар. конгр. по эндоскопической хирургии. - М., 1997. - С.250-252.

М.У. МУКАНОВ, Т.А. МЕДЕТБЕКОВ, А.К. КАНЫБЕКОВ, Г.Ж. СЕМБИЕВ

КазНМУ им. С.Д. Асфендияров

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Резюме: Наиболее ценным методом диагностики торакоабдоминальных больных со стабильной гемодинамикой является ВЛС и ВТС. У 15,7% больных с торакоабдоминальных ранениях видеоассистированные способы позволяют остановить кровотечение и ушить поврежденные органы. Динамическое видеолароскопия не только во время установить послеоперационные осложнения, но и возможна хирургическая коррекция повреждений.

Ключевые слова: торакоабдоминальные ранения, видеоторакоскопия, видеолароскопия, динамические видеолароскопия.

M. MUKANOV, T. MEDETBEKOV, A.K. KANYBEKOV, G. SEMBIEV

KazNMU them. SD Asfendiyarov

IMPROVING THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF THORACOABDOMINAL WOUNDED

Resume: The most valuable diagnostic method thoracoabdominal patients with stable hemodynamics is UL and PTS. In 15.7% of patients with thoracoabdominal injury Video-ways allow you to stop the bleeding and take in damaged organs. Dynamic videolaparoscopy not only during the install of postoperative complications, and surgical correction of possible damage.

Keywords: thoracoabdominal injuries Videothoracoscopy, videolaparoscopy dynamic videolaparoscopy.