

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

А.А.Максин, Е.Н.Валыка, А.С. Пигин, А.В. Смолькина,
В.С.Морозов, И.И.Гумеров, Л.Р. Зарипов

Ульяновский государственный университет,
Областная клиническая больница, г. Ульяновск

Исследование посвящено вопросу выбора тактики хирургического лечения торакоабдоминальных ранений. Проанализированы результаты обследования и лечения 112 больных с торакоабдоминальными ранениями, находившихся на лечении в условиях торакального отделения Ульяновской областной клинической больницы. Выявлено, что оперативное лечение при торакоабдоминальных ранениях следует начинать с зоны наибольших повреждений - торакотомии или лапаротомии. Применяемая нами методика торакофренотомии, как доступ к поврежденным органам и грудной и брюшной полости, должна иметь место в хирургической практике.

Ключевые слова: торакоабдоминальная травма, хирургическое лечение, торакотомия, лапаротомия

Смертность от травм занимает второе место в общей структуре смертности населения в РФ и является одним из основных факторов его депопуляции [4]. Значительное увеличение торакоабдоминальных травм за последние годы вследствие ухудшения криминогенной обстановки, роста дорожно-транспортных происшествий, числа пострадавших от стихийных бедствий, террористических актов и массовых беспорядков в период перехода в XXI столетие является основной причиной смерти лиц наиболее трудоспособного возраста [1]. Летальность достигла по разным источникам 15,9% – 49,5% [4].

Характерной особенностью торакоабдоминальных ранений является тяжесть состояния из-за множественных повреждений различных органов, сопровождающихся большой кровопотерей и шоковым состоянием больных. Данное обстоятельство диктует необходимость минимального обследования и проведения срочного оперативного вмешательства с ревизией органов грудной клетки, брюшной полости из рационального доступа, а также параллельным проведением противошоковых мероприятий. Социальная значимость торакоабдоминальной травмы определяется тем, что около 90% пострадавших являются лицами трудоспособного возраста, лечение и реабилитация которых отличается значительной длительностью, большим количеством гнойно-септических осложнений. Кроме того, актуальность проблемы обусловлена большой частотой инвалидности указанных пациентов из-за развившихся осложнений [3].

Материалы и методы

В исследовании представлен материал по лечению 112 больных – с января 1998 по январь 2008 гг. в условиях торакального отделения ГУЗ Ульяновской областной больницы. Из них 107 (95,5%) мужчин и 5 (4,5%) женщин. Возраст больных колебался от 14 до 71 года, средний возраст составил $30 \pm 2,3$ лет. В структуре механизма нанесения травмы преобладали ножевые ранения – 98 (87,5%) больных; огнестрельные – 11 (9,8%); ранения фрагментами ребер при закрытой травме – 3 (2,7%).

Большое значение в определении торакоабдоминальных травм имеет локализация ран на грудной клетке на уровне 5-ого – 9-ого межреберья. Из лабораторно-инструментальных исследований проводилось рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной и плевральной полости, полости перикарда, анализы крови, мочи. В сложных случаях больным проводилась лапароскопия и торакоскопия. Активность хирургического вмешательства и очередность выполнения доступов определялась тяжестью травмы. Тяжесть состояния определяли по системе APACHE II. У 78 (69,6%) из 112 пострадавших госпитализированных в стационар, тяжесть состояния по системе APACHE II находилась в пределах от 10-15 баллов (I ст. тяжести), у 23 (20,5%) – от 16 до 25 баллов (II ст.), у 7 (6,2%) – от 26 до 30 баллов (III ст.), у 4 (3,6%) – превышала 31 балл (IV ст. тяжести).

В зависимости от преобладания той или иной симптоматики отчетливо выделялись три группы пациентов с различной тактикой хирургического лечения:

- первая группа – это пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов грудной клетки – 45 (40,1%);
- вторая группа – больные с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости – 35 (31,2%);
- третья группа – пациенты с одинаковыми по сложности, повреждениями органов грудной и брюшной полостей – 32 (28,6%).

Результаты и их обсуждение

В зависимости от локализации травмы и объема повреждений выполнялись следующие сочетания доступов: в первую очередь торакотомия, а затем лапаротомия – 37 (29,5%), торакотомия и френотомия – 33 (30,3%) соответственно, лапаротомия и одновременно дренирование плевральной полости – 14 (12,5%), первым этапом лапаротомия, вторым – торакотомия – 13 (11,6%), одновременно торакотомия и лапаротомия – 7 (6,25%), торакофренолапаротомия – 6 (5,3%), торакотомия поэтапно с 2-х сторон и одновременно лапаротомия – 2 (1,8%).

Тяжесть состояния диктовали жесткие требования к выбору доступов, их очередности и объёму вмешательств. Результаты хирургического лечения больных с торакоабдоминальными повреждениями зависели от последовательности вмешательств с целью быстрого выполнения гемостаза. Этапность и очередность вмешательств базировалась на определении приоритета кровотечения по данным рентгенографии грудной клетки, УЗИ брюшной, плевральных полостей и полости перикарда, что не противоречит литературным данным [2].

Торакотомия проводилась первично при явных признаках продолжающегося внутриплеврального кровотечения и отсутствии грубых симптомов повреждения органов брюшной полости. Показанием для неё был большой (более 1000 мл) и прогрессирующий (более 300 мл в час) гемоторакс, при положительной пробе Рувилуа – Грегуара.

Применяли методику торакотомии и френотомии: органы грудной клетки стандартно ушивались из торакотомии, чаще низкой, в 6, 7 межреберье, органы брюшной полости – после диафрагмотомии. Отметим удобный подход к органам верхнего и среднего этажей органов брюшной полости через френотомию.

При клинической картине повреждения органов брюшной полости первично выполнялась лапаротомия. Как правило, одновременно проводилось дренирование плевральной полости по Бюлау с контролем за выделением крови по дренажам и реинфузией выделяющейся дренажной крови, у 12 (10,7%) пострадавших при этом мы использовали стандартные растворы глюцира 50,0 мл на 400 мл аутокрови. В среднем было перелито, в таких случаях, около $0,8 \pm 0,3$ л. Торакотомия выполнялась вторым этапом при наличии продолжающегося кровотечения и массивного сброса воздуха – это переднее - боковая торакотомия в 6, 7 межреберье.

Торакофренолапаротомия – выполнялась при массивных повреждениях, чаще огнестрельных ранениях, ранениях с повреждением труднодоступной поверхности печени, нижней полой вены. У всех больных была клиника геморрагического шока, на операции были выявлены множественные поражения органов грудной и брюшной полостей. В 72 (64,3%) нами проводилась реинфузия полостной аутокрови, при этом переливалось $1,5 \pm 0,5$ л крови.

Самую тяжелую группу составили пациенты с сочетанными, одинаковыми по сложности травмами органов брюшной полости и грудной клетки – 32 (28,6%). У 7 (6,3%) из 112 больных были выполнены одновременно лапаротомия и торакотомия двумя бригадами, у 10 (8,9%) больных произведены поэтапно торакотомия и лапаротомия, у 7 (6,3%) выполнена торакотомия и френотомия, у 2 (1,8%) торакотомия с двух сторон и лапаротомия одновременно 2 – мя бригадами, торакофренолапаротомия – у 6 (5,3%). По локализации преобладали левосторонние 68 (60,7%), в меньшей степени правосторонние – 41 (36,6%), двухсторонние – 2 (1,8%) и срединные – 1 (0,9%) ранения.

Во время операции реинфузия аутокрови из полостей проведена у 72 (64,3%) больных. После дренирования плевральной полости – реинфузия, выделившейся крови через дренаж Бюлау у 12 (10,7%) больных. Гемотрансфузии проводились у 77 (68,7%).

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 16 (14,3%) больных: нагноение послеоперационной раны – 3 (2,7%), свернувшийся гемоторакс – 3 (2,7%), плеврит – 2 (1,8%), кровотечение – 2 (1,8%), эмпиема плевры – 1, абсцесс брюшной полости – 1, остеомиелит ребер – 1, свищ поджелудочной железы. – 1, флегмона грудной клетки – 1, перикардит – 1.

После операций умерло 11 больных. Летальность составила 9,8%. Из них 9 (8,0%) больных умерли от шока, 1 (0,9%) - от перитонита из-за не состоятельности кишечного шва после резекции тонкой кишки, 1 (0,9%) – от полиорганной недостаточности.

Выводы

1. Оперативное лечение при торакоабдоминальных ранениях следует начинать с зоны наибольших повреждений – торакотомии или лапаротомии.
2. Лапаротомия проводится с одновременным дренированием плевральной полости по Бюлау.

3. Применяемая нами методика торакофренотомии, как доступ к поврежденным органам и грудной и брюшной полости должна иметь место в хирургической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с сочетанной и изолированной травмой живота при разрыве селезенки. / А.Н Алимов [и др.] // Новые технологии в хирургии: Междунар. хирургический конгр. (5-7 октября 2005 г.).- Ростов н/Д.,2005.- С. 6-7.
2. Особенности хирургической тактики при левосторонних колото-резаных торакоабдоминальных ранениях. / Е.А Багдасарова [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2006.- № 4.- - С. 63 - 66.
3. О лечении ранений груди. / С.Р. Добровольский [и др.] // Хирургия.- 2007.- № 5.- С.32- 38.
4. Структура госпитальной летальности при сочетанной травме и пути её снижения. / А.С. Ермолов [и др.] // Хирургия.- 2006.- № 9. - С. 16-20.

DIAGNOSTIC PRINCIPLES AND SURDGICAL METHODS OF TREATMENT FOR VICTIMS PATIENTS WITH TORAKOABDOMINAL INJURIES

E.N. Valika, A.A. Maksin, A.S. Pigin, A.V. Smoljkina,
V.S. Morosov, I.I. Gumerov, L.R. Zaripov

This study is about choosing the tactics of surgical treatment torakoabdominal wounds. Results of examination ant treatment of 112 patients with torakoabdominal wounds, who received treatment in torakal department of Ulyanovsk regional clinical hospital. Treatment of torakoabdominal wounds should start from zone of heavy damage – torakotomii and laparotomii. The method of torakofretomii like access to damaged organs, thoracic cavity and abdominal cavity should be used in surgical practice.