

ТЯЖЕЛАЯ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАВМА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

© Гумеров А. А., Валитов И. О., Кашаев М. Р., Зайнуллин Р. Р., Гумеров Р. А.

Кафедра детской хирургии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета

Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа

Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова

■ Торакоабдоминальная травма с повреждением магистральных сосудов является актуальной проблемой неотложной хирургии. В данной статье представлено наблюдение лечения ребенка с торакоабдоминальной травмой с повреждением магистральных сосудов: клиника, диагностика и лечение.

■ **Ключевые слова:** торакоабдоминальная травма.

Торакоабдоминальная травма с повреждением магистральных сосудов является актуальной проблемой неотложной хирургии [3, 4]. Нечеткая организация помощи, диагностические и тактические ошибки имеют очень тяжелые последствия для пострадавших. Летальность, по данным разных авторов, составляет 60—80 % [1, 2]. Эти больные нуждаются в первоочередной транспортировке и госпитализации в многопрофильный хирургический стационар, где круглосуточно дежурит ангиохирург. Лечение детей с торакоабдоминальной травмой с повреждением магистральных сосудов представляет собой сложную проблему, особенно в условиях районной больницы, что побудило нас поделиться своим наблюдением.

Больная 3., 7 лет, доставлена 26.11.2011 через 40 мин с момента автотравмы в реанимационное отделение Туймазинской центральной районной больницы (ЦРБ) Республики Башкортостан, которая находится на расстоянии 250 км от города Уфы.

При поступлении состояние крайне тяжелое, бледная, заторможена после предшествующего периода психомоторного возбуждения, в контакт не вступает. Пульс 130 ударов в минуту слабого наполнения. Артериальное давление 40/20 мм рт. ст. Тоны сердца глухие.

На правой переднебоковой стенке живота, пояснице и грудной клетке — следы ушибов, гематомы, ссадины. В легких справа дыхание не проводится, слева — ослабленное. Перкуторно притупление справа.

Живот не участвует в акте дыхания, умеренно вздут, напряжен, притупление в отлогих местах.

Диагностировано повреждение органов грудной и брюшной полости, внутреннее кровотечение, травматический шок III—IV степени.

С момента поступления в ЦРБ больной проводились противошоковые мероприятия. Произведена пункция кубитальных вен с обеих сторон, катетеризация подключичной вены слева, интубация трахеи с последующей искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). Одновременно проведена пункция и дренирование плевральной полости справа с эвакуацией 100 мл крови и 50 мл воздуха. Начата инфузионная терапия, применены вазопрессоры.

Через 30 минут после госпитализации ребенок взят в операционную, где под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости имелось до 2 л крови со сгустками. Обнаружены множественные разрывы поддиафрагмальной поверхности правой доли печени с продолжающимся кровотечением и подкапсульный разрыв селезенки. Гемостатическая терапия в течение 1,5 ч безуспешна. Заподозрено повреждение нижней полой вены.

В этой связи пациент был консультирован по телефону профессором А. А. Гумеровым — рекомендована тампонада над- и подпеченочного пространства салфетками, наложение провизорных швов на переднюю брюшную стенку, что и было сделано. К больному срочно направлена бригада детских хирургов из Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) и сосудистый хирург из Республиканской клинической больницы имени Г. Г. Куватова.

До приезда бригады специалистов продолжалась гемостатическая терапия, перелито 3 л крови и кровозаменителей.

Через 5 ч после первой операции, проведенной релапаротомия (ангиохирург М. Р. Кашаев). В брюшной полости выявлено 500 мл венозной крови. Удалены тампонирующие салфетки. Выявлено активное венозное кровотечение из подпеченочного пространства. Лапаротомная рана дополнена торакофренотомией справа по IX межреберью. При ревизии обнаружен глубокий разрыв правой доли печени параллельно серповидной связке по диафрагмальной поверхности с переходом на нижнюю поверхность с отрывом средней печеночной вены (диаметр 2—3 мм) от нижней полой вены. В нижней полой вене имелся дефект 5 × 7 мм. Правая доля печени отодвинута вверх и медиально. Нижняя полая вена временно пережата тупферами. Дефект в нижней полой вене ушит проленом (4—0) обвивным сосудистым швом атрауматической иглой. Средняя печеночная вена перевязана и прошита. Наложены П-образные швы на разрывы печени с тампонадой прядью большого сальника. Продолжающееся паренхиматозное кровотечение из разрозненных участков печени остановлено тампонадой двухметровыми салфетками.

В дальнейшем, при ревизии органов брюшной полости, обнаружена подкапсульная гематома селезенки без признаков кровотечения. После рассечения париетальной брюшины выявлена забрюшинная гематома справа. Гематома удалена, повреждений почки не обнаружено. Диафрагма ушита. Дренажирование подпеченочного пространства двумя ПХВ трубчатыми дренажами. Санация брюшной полости. Послойные швы. Асептическая повязка.

Продолжительность операции 3 ч, кровопотеря 1500 мл. Общая кровопотеря за 2 операции около 5000 мл. Послеоперационное течение тяжелое. Проводилось комплексное лечение ребенка совместно с анестезиологами-реаниматологами и хирургами РДКБ.

На 7-е сутки реанимобилем врачами реанимационно-консультативного центра РДКБ ребенок на ИВЛ переведен в РДКБ.

С 01.12.2011 по 19.12.2011 больная получала интенсивную терапию в условиях реанимационного отделения РДКБ. Проводились контрольные рентгенографии и УЗИ органов грудной и брюшной полости. При компьютерной томографии головного мозга выявлен ушиб головного мозга II степени.

На 12-е сутки произведена релапаротомия, удаление тампонов из подпеченочного и поддиафрагмального пространства. С целью профилактики возможных кровотечений места разрывов укреплены пластинами «Тахокомб». Для профи-

лактики послеинтубационного стеноза гортани в тот же день выполнена нижняя трахеостомия. В процессе лечения неоднократно проводились санационные бронхоскопии.

На 14-е сутки произведена торакоскопия справа. Рассечены спайки, удален фибрин с плевральных листков, геморрагический выпот из множественных осумкованных полостей, вскрыта внутрилегочная гематома объемом около 50 мл, максимально освобождено легкое из спаек. Произведены санация плевральной полости и ее дренирование.

На 18-е сутки ребенок экстубирован и переведен на спонтанное дыхание.

Больная выписана на 38-е сутки в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 1, 3, 6 мес., 1 и 2 года. Девочка успешно учится в школе. Беспокоят периодические головные боли. Получает регулярное лечение у невролога.

При клиническом и рентгенологическом исследовании, эхографии органов грудной и брюшной полости, а также УЗИ нижней полой и печеночной вен патологии не выявлено.

При КТ головного мозга через 2 года выявлена посттравматическая внутричерепная гипертензия с тенденцией к развитию атрофических изменений.

Приведенное наблюдение свидетельствует о сложности лечения сочетанных повреждений органов грудной и брюшной полости и магистральных сосудов у детей в условиях ЦРБ. Слаженность и организованность действий хирургов, врачей ЦРБ и РДКБ позволили спасти ребенку жизнь и получить хорошие результаты лечения.

Литература

1. Шебальдов А. Р. Анализ ДТП и смертности при НИХ в Саратовской области // Травматология и ортопедия XXI века / Сборник тезисов докладов VIII съезда травматологов и ортопедов России. 2006. Т. 1. С. 261–262.
2. Осмоналиев Д. М., Шукурбаев К. А., Таштемиров Н. О. Сочетанные торакоабдоминальные повреждения в мирное время // Травматология и ортопедия XXI века / Сборник тезисов докладов VIII съезда травматологов и ортопедов России. 2006. Т. 1. С. 425–426.
3. Розинов В. М. Специализированная медицинская помощь детям с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата в педиатрическом госпитале. Вестник травматологии и ортопедии. 2003. № 4. С. 10–13.
4. A prospective analysis of occult pneumothorax, delayed pneumothorax and delayed hemothorax after minor blunt thoracic trauma // P. Mithos, S. Kakoris, E. Sepsis [et al.] // Eur. J. Cardiothor. Surg. 2004. Vol. 25. P. 859–64.

SEVERE THORACOABDOMINAL TRAUMA WITH INJURY TO MAJOR VESSELS

Gumerov A. A., Valitov I. O., Kashaev M. R., Zainullin R. R., Gumerov R. A.

Chair of pediatric surgery with course of Institute of Postgraduate Education of Bashkir State Medical University

Republican Children Clinical Hospital, Ufa

Republic Clinical Hospital named after G. G. Kuvatov

✧ Thoracoabdominal trauma with injury to the great vessels is a pressing issue of urgent surgery. This paper presents the case of treatment of a child with thoracoabdominal trauma with injury

to the great vessels: clinical features, diagnosis and treatment.

✧ **Keywords:** thoracoabdominal trauma.

Сведения об авторах:

Гумеров Аитбай Ахметович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии с курсом ИПО БГМУ. Республиканская детская клиническая больница. 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, д. 98. E-mail: pedsurg@bk.ru

Gumerov Aitbai Akhmetovich — MD, PhD, DMedSc, Professor, head of the chair of pediatric orthopedics with IPE course of BSMU. Republican children's clinical hospital. 450106, Ufa, str. n. a. S. Kuvykin, 98. E-mail: pedsurg@bk.ru.

Валитов Ильдар Октябrevич — к. м. н., врач-ординатор хирургического отделения Республиканской детской клинической больницы. 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, д. 98.

Valitov Ildar Oktyabrevich — MD, PhD, resident physician of surgical department of Republican children's clinical hospital. 450106, Ufa, str. n. a. S. Kuvykin, 98.

Кашаев М. Р. — к. м. н., врач-ординатор отделения сосудистой хирургии РКБ им. Куватова. 450005, г. Уфа, ул. Достоевского 132.

Kashaev M. R. — MD, PhD, resident physician of the department of vascular surgery. Republican Clinical Hospital n. a. G. G. Kuvatov. 450005, Ufa, Dostoevskogo str., 132.

Зайнуллин Роберт Рамилевич — врач-ординатор первого хирургического отделения Республиканской детской клинической больницы. 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, д. 98.

Zainullin Robert Ramilievich — MD, resident physician of surgical department of Republican children's clinical hospital. 450106, Ufa, str. n. a. S. Kuvykin, 98.

Гумеров Рамиль Аитбаевич — к. м. н., заведующий отделением лучевой диагностики Республиканской детской клинической больницы. 450106, г. Уфа, ул. Ст. Кувькина, д. 98.

Gumerov Ramil Aitbaevich — MD, PhD, head of the chair of radiology. Republican children's clinical hospital. 450106, Ufa, str. n. a. S. Kuvykin, 98.