

родах доминировал живот — 129 (38 %) и 55 (33 %). В группе пострадавших с легкими повреждениями (0,05 — 0,4 баллов по ВПХ) оказалось 14 (8,8 %) и 3 (4,3 %), со среднетяжелыми (0,5 — 0,9 баллов) — 16 (10 %) и 11 (15,9 %) соответственно. Летальности в данных группах не было. С тяжелыми (1 — 12 баллов) повреждениями было 105 (66 %) и 47 (68,1 %), летальность — 36,1 % и 29,7 % случая. С крайне тяжелыми (более 12 баллов) повреждениями оказалось 24 (15 %) и 8 (11,5 %), при этом летальность в данной группе в г. Улан-Удэ была достоверно выше, чем в г. Иркутске — 8 (100 %) против 20 (83,3 %). Общая летальность при сочетанной абдоминальной травме в Иркутске — 211 (48 %), в Улан-Удэ — 114 (56,4 %). У пострадавших с доминирующими повреждениями живота летальность 58 (36 %) и 22 (32 %), при этом на долю догоспитальной приходилось 51 (32 %) и 18 (26 %) случаев. Тяжесть повреждений у погибших на догоспитальном и госпитальном этапах значимо не различалась. Средняя продолжительность пребывания пострадавших в стационарах города Иркутска достоверно ($p < 0,004$) ниже, чем в Улан-Удэ — 13,9 дней (11,7 — 16,1) против 17,1 дней (14,1 — 20,7).

ВЫВОДЫ

На долю сочетанной абдоминальной травмы приходится около 40 % от всей сочетанной травмы, при этом примерно в 35 % случаев повреждения живота являются доминирующими по тяжести и стоят на первом месте. В г. Иркутске чаще встречаются сочетание повреждений «грудь + живот», что играет немаловажную роль в определении тактики ведения данной категории пациентов. Страдают преимущественно мужчины трудоспособного возраста. По механизму преобладает тупая травма, в то время как по тяжести — автомобильная, при этом в Иркутске она достоверно выше. Этим, вероятно, можно объяснить более высокую летальность при автомобильной травме в Иркутске — 62 % против 20 %. Большая часть пострадавших (около 60 %) попадают в группу с тяжелыми повреждениями. Летальность при крайне тяжелых повреждениях в г. Улан-Удэ достоверно выше, чем в г. Иркутске — 100 % против 83,3 %. Средняя продолжительность пребывания пострадавших в стационарах г. Иркутска значимо ниже, чем в г. Улан-Удэ.

А.И. Панасюк, Р.Р. Гумеров, К.А. Апарцин

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)*

Диагностика повреждений живота — одна из актуальных проблем неотложной хирургии. Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования (рентгенологические, ультразвуковые, компьютерная томография) не обладают абсолютными диагностическими возможностями.

Среди инвазивных методов чаще используется лапароцентез. Однако значение его в диагностике повреждений оценивается по-разному. Диагностическая эффективность лапароцентеза составляет не более 80 %, и в среднем в 3 % случаев его данные оказываются ложноположительными, в 10 % — ложноотрицательными и в 7 % — сомнительными (Цыбуляк Г.Н., 1995; Брюсов П.Г. и др., 1997).

Значение видеолaparоскопии (ВЛС) в диагностике травм живота высоко оценивается многими авторами, ее диагностическая эффективность составляет 97,2 — 99 % (Борисов А.Е., Левин Л.А., 2003; Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В., 2004). Результатом применения лапароскопических технологий стало уменьшение числа напрасных лапаротомий в среднем в три раза (Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В., 2004).

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность внедрения видеолaparоскопии (ВЛС) в диагностический и лечебный алгоритмы пострадавших с сочетанной травмой живота.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы первые результаты применения ВЛС при повреждениях живота. Оценивали характер операции и послеоперационного периода, длительность пребывания на койке.

В основную группу вошли пациенты, которым была выполнена ВЛС в 2004 г. В группу клинического сравнения (ГКС) были включены 52 пациента, выбранных из базы данных пострадавших с сочетанной травмой, находившихся на лечении в госпитальной хирургической клинике ИГМУ на базе отделения хирургии ГУЗ ОКБ в 2004 г. Пациенты ГКС были идентичны пациентам основной группы по полу, возрасту, тяжести органических повреждений и сопутствующей патологии.

Показания к проведению ВЛС: а) подозрение на закрытую травму органов брюшной полости

при стабильном состоянии пострадавших, б) подозрение на повреждение органов живота при колото-резаном ранении живота с узким и извитым раневым каналом, в) торакоабдоминальные ранения при отсутствии клиники перитонита.

Техника была стандартной. После проведения рентгенологического исследования грудной клетки для исключения гемопневмоторакса, создавался карбоксиперитонеум посредством вводимой иглы Вереша выше пупка. Давление в брюшной полости поднимали до 12 мм рт. ст. при потоке газа 3–5 л в минуту. Вводился 10 мм троакар под лапароскоп. Проводилась последовательная ревизия органов брюшной полости. При необходимости дополнительно устанавливали 5 мм троакар на см ниже реберной дуги справа или слева по среднеключичной линии и 10 мм троакар непосредственно под мечевидным отростком. Оценивали количество и характер жидкости в брюшной полости, характер повреждений, интенсивность кровотечения. Гемостаз из небольших линейных разрывов печени проводили электрокоагуляцией. Санацию брюшной полости осуществляли аппаратом для ирригации и аспирации. Дренировали брюшную полость в левой или правой боковых областях в наиболее отлогих местах через дополнительные разрезы. Дренажи устанавливали в малый таз, подпеченочное и поддиафрагмальное пространства.

Статистическую значимость различий определяли с помощью двустороннего точного метода Фишера для четырехпольной таблицы (F) и критерия Манна-Уитни (U). Средние величины приведены с 95% доверительным интервалом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основную группу вошли 8 пациентов (мужчин – 7, женщин – 1), средний возраст – 27 (19–34) лет. Пострадавших с закрытой сочетанной травмой было 7, с колото-резаными ранениями – 2.

ВЛС как средство диагностики внутрибрюшинных повреждений выполнена в 5 наблюдениях, в одном из которых повреждений внутренних органов выполнено не было, в четырех других проведена конверсия в лапаротомию ввиду продолжающегося кровотечения из разрыва печени и желчного пузыря (1), брыжейки тонкой кишки (1), множественных ран тонкой кишки (1) и мочевого пузыря (1). В трех наблюдениях ВЛС носила характер лечебно-диагностического вмешательства: выполнен гемостаз, санация, дренирование брюшной полости при разрыве VI сегмента печени I класса по OIS (1); санация, дренирование брюшной полости при травме селезенки I класса по OIS с остановившимся кровотечением (2).

В ГКС все пациенты оперированы после проведения диагностического лапароцентеза с выявлением гемоперитонеума ($p_F = 0,077$).

У 3 больных ГКС на операции был выявлен минимальный гемоперитонеум (до 50 мл) с остановившимся кровотечением из линейных разрывов капсулы печени и селезенки, т.е. данным пациентам возможно было применение видеолапароскопических технологий.

Сроки пребывания в стационаре составили 7 (5–10) суток в ОГ против 10 (9–11) в ГКС ($p_U = 0,04$). Послеоперационных осложнений и летальности в анализированных группах не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При анализе первых результатов применения ВЛС в лечении пострадавших с сочетанной травмой живота установлена тенденция к снижению частоты лапаротомий. Применение ВЛС статистически значимо снижает длительность пребывания пациентов в стационаре. Более широкое применение этой технологии приведет к улучшению результатов лечения указанной категории пострадавших.

М.И. Бокарев, А.В. Варданян, Е.А. Киценко

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГОЛОВЫ И ЖИВОТА

*Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова (Москва)
Российский научный центр хирургии РАМН (Москва)*

Сочетанная травма головы и живота является предметом пристального внимания хирургов. Нарушения сознания часто не позволяют ориентироваться на данные физикального обследования, что затрудняет своевременную диагностику внутрибрюшной катастрофы и заставляет уповать на данные дополнительных методов обследования – диагностический лапароцентез (ДЛЦ), ультразвуковое исследование (УЗИ), диагностическую лапа-

роскопию (ДЛС). В периодической литературе информативность этих методов оценивается не однозначно даже в более простых ситуациях. По этой причине, мы проанализировали диагностическую ценность каждого метода для пациентов с сочетанной травмой головы и живота.

Материалом для данной работы послужили 100 пациентов с ТСТ головы и живота в возрасте от 18 до 90 лет (средний возраст – 40 ± 11 лет), нахо-