

возрасте 31 — 45 лет. Преимущественно наблюдались мужчины (13 человек). Женщин было 2. Правосторонняя диафрагмальная грыжа была диагностирована у 2 больных, левосторонняя — у 13. У большинства пациентов (9) причиной образования травматических диафрагмальных грыж была закрытая травма груди и живота, реже грыжи возникали после ножевых и огнестрельных торакоабдоминальных ранений (6).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика травматических диафрагмальных грыж после закрытой травмы груди и живота трудна в виду того, что на первый план выступает повреждение органов грудной и брюшной полости, а разрывы диафрагмы, как правило, остаются не диагностированными.

Из 12 больных с ущемленными диафрагмальными грыжами до операции правильный диагноз был установлен лишь у 2.

Основными клиническими проявлениями неущемленных грыж были периодические схваткообразные боли в животе или грудной клетке с соответствующей стороны (9 наблюдений), усиливающиеся после физической нагрузки, приема пищи. При обследовании отмечалось укорочение перкуторного звука. В 5 случаях наблюдалось смещение средостения в противоположную сторону. Дыхание не выслушивалось у 8 больных, а выслушивались звуки кишечной перистальтики в грудной клетке.

При ущемленных грыжах отмечалось появление внезапных, сильно выраженных постоянных и схваткообразных болей в той или иной половине грудной клетки или в животе. Вскоре присоединялась рвота, задержка стула и газов, одышка, вздутие и асимметрия живота, затрудненное дыхание, сердцебиение, цианоз.

При рентгенологическом исследовании с обязательным контрастированием бариевой взвесью желудка у 5 из 12 пациентов отмечалось гомоген-

ное затемнение нижних отделов легочного поля, отсутствие четкого купола диафрагмы. При обзорной рентгенографии грудной клетки определялось дополнительное тонкостенное образование, содержащее газ и жидкость. Дислоцированные в грудную клетку органы брюшной полости вызывали компрессионную гиповентиляцию легкого, которая проявлялась уменьшением его объема. Наиболее часто в плевральную полость перемещалась поперечно-ободочная кишка (11), желудок (8), сальник (12), тонкая кишка (4). При больших грыжевых воротах в диафрагме у 18 больных отмечалось пролабирование 2 — 4 органов брюшной полости.

При неущемленных грыжах летальность составила 5 %. Умер один больной с тяжелой сочетанной травмой в остром периоде. Летальность среди пациентов с ущемленными грыжами составила 66,6 %. Из 12 больных умерли 8. Основными причинами смерти были поздняя диагностика ущемления, некроз ободочной кишки и стенки желудка, приведший к глубоким гемодинамическим нарушениям, несостоятельности швов, развитие эмпиемы плевры и перитонита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее ранняя диагностика ранений и повреждений диафрагмы, а также травматических диафрагмальных грыж до развития ущемления, своевременное хирургическое лечение позволяет предупредить развитие ущемления органов брюшной полости и снизить летальность при этой тяжелой патологии.

Основной причиной диагностических ошибок при травматических грыжах является недооценка имеющихся указаний на травму грудной клетки в прошлом и пренебрежение данными рентгенологических методов исследования.

Ущемленные диафрагмальные грыжи сопровождаются высокой летальностью, что диктует необходимость их оперативного лечения в плановом порядке.

И.Н. Зятков, Ю.Р. Ерещенко, О.А. Чертищев, Г.И. Ситников, В.Г. Лобанов

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОХИРУРГИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Областная клиническая больница (Омск)

ЦЕЛЬ

Подтвердить рациональность использования эндохирургии в лечении пациентов с сочетанной травмой (СТ).

ЗАДАЧИ

1. Оценить возможности эндохирургии в лечении пациентов с СТ.
2. Сравнить течение послеоперационного периода и исходы у пациентов, оперированных эндоскопически и открыто.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное проспективное исследование проведено на анализе оперативных вмешательств и течения послеоперационного периода у 76 пациентов с сочетанной травмой, из них у 45 пациентов была торакоабдоминальная травма. Оценка тяжести пострадавших производилась по шкалам СПБ-СП, СПБ-СГ. Возраст пациентов от 18 до 63 лет. 51 пациент оперирован с использованием эндохирургии, остальные 25 — сразу открыто. Состояние тяжести пациентов в обеих отобранных группах

пациентов при поступлении в стационар колебалось от 15 до 39 баллов по шкале СПБ-СП.

В группе пациентов оперированных с использованием эндохирургии в 25 случаях была закрытая травма, в 26 — колото-резаные ранения в сочетании с нейротравмой и скелетной травмой, торакоабдоминальные ранения.

У 5 пациентов (10 %) последовательно проводилась двухсторонняя торакоскопия и лапароскопия. Выполнить весь объем вмешательства эндоскопически удалось у 28 (55 %) пациентов. У остальных пациентов удалось эндоскопически устранить повреждение только в пределах одной полости. Случаев проведения открытого вмешательства на 2 полостях в данной группе не было. Вмешательство осуществлялось под эндотрахеальным наркозом. Торакоскопически удавалось произвести шов легкого и диафрагмы, удаление инородных тел и острых отломков ребер, фиксацию каркаса груди при створчатых переломах, клипширование сосудов, дренирование двумя дренажами. Невозможно эндоскопически устранить массивные разрывы легкого, массивное продолжающееся кровотечение из крупных сосудов и сердца, разрывы трахеи, большие разрывы диафрагмы. При этом выполнялась торакотомия с выбором доступа на основании по-

вреждений, выявленных при торакоскопии. Вторым этапом выполнялась лапароскопия с санацией и ревизией брюшной полости, устранением повреждений, обязательным дренированием брюшной полости. При выявлении повреждений, которые лапароскопически невозможно было устранить, производилась лапаротомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке течения послеоперационного периода отмечено, что в группе пациентов с эндохирургическими вмешательствами снижение тяжести по шкале СП-СГ происходило в 2–3 раза быстрее, средний койко-день в группе оперированных эндоскопически составил 14, в группе, оперированной открыто, — 21. Летальных исходов и осложнений, связанных с проведением эндохирургических вмешательств не было. В группе оперированных открыто погибли 4 (15 %) пациента.

ВЫВОД

Использование эндохирургии в лечении пациентов с сочетанной травмой позволяет снизить травматичность вмешательства и облегчить течение послеоперационного периода, снизить летальность.

П.Т. Жиго, Н.Д. Томнюк, И.А. Рябков, А.Н. Черных, Е.П. Данилина

ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Городская клиническая больница № 6 (Красноярск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать результаты лечения больных с торакоабдоминальными ранениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Больные с торакоабдоминальными ранениями (колото-резаными и огнестрельными).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 2002–2004 гг. во 2-е хирургическое отделение городской клинической больницы № 6 поступило 47 больных с торакоабдоминальными ранениями. Из них 41 мужчина (87,23 %) и 6 женщин (12,77 %). У 44 поступивших (93,62 %) были колото-резаные ранения, у 3 (6,38 %) — огнестрельные. Погибло 4 пострадавших, летальность составила 8,51 %.

Все больные оперированы.

После установления диагноза торакоабдоминального ранения (первичная хирургическая обработка раны, рентгенография грудной клетки, лапароцентез с введением воздуха в брюшную полость и повторной рентгенографией с захватом куполов диафрагмы) всем больным производили лапаротомию. Мы не сторонники вмешательства на органах

брюшной полости (печень, селезенка, желудок) через диафрагму после торакотомии. Торакотомия была произведена только в трех случаях (6,38 %) при клинической картине ранения сердца.

У больных имелись следующие повреждения в брюшной полости и забрюшинном пространстве: ранения печени — 12 случаев (25,53 %), ранения селезенки — 7 случаев (14,89 %), ранения желудка — 6 случаев (12,76 %), ранение толстой кишки — 2 случая (4,26 %), ранение тонкой кишки — 1 случай (2,13 %), у 2 больных имелось ранение почки (4,26 %), в одном случае поверхностное ранение поджелудочной железы (2,13 %). У 5 пострадавших имелись сочетанные ранения (10,64 %). У 11 больных (23,4 %) повреждения органов брюшной полости не найдено.

Во время оперативного вмешательства повреждения ушивались. При повреждении селезенки производим спленэктомию с аутооттрансплантацией кусочка в большой сальник. Обязательно дренировали плевральную полость.

Самыми тяжелыми были огнестрельные ранения — 2 больных погибли во время операции, у обоих было размозжение правой доли печени, один