

туре и повседневной клинической работе нередко носят характер умозрительных заключений и по сей день остаются во многом мало изученными.

В связи с этим, целью настоящей работы стала разработка количественных критериев прогнозирования посттравматической эмпиемы плевры.

В основу работы положены результаты хирургического лечения в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с 1995 по 2000 гг. включительно 650 пострадавших с повреждениями груди. Среди них было 104 женщины и 546 мужчин. Их возраст составлял от 17 до 75 лет, но в основном это были лица молодого и среднего возраста. 518 пациентов имели закрытую травму груди, 125 — колото-резаные и 7 — огнестрельные ранения. У всех пострадавших диагностированы гемо-, пневмо- или гемопневмоторакс различного объема. Во всех случаях сразу после поступления в стационар производилось дренирование плевральной полости двумя дренажами. У большинства (559 человек) механическая травма груди была изолированной, а у 91 пациента — сочетанной.

Посттравматическая эмпиема плевры возникла у 94 (14,5 %) пациентов. Диагноз эмпиемы плевры устанавливали на основании комплекса клинико-лабораторных и рентгенологических данных (лихорадка, поступление по дренажам из плевральной полости гноя или экссудата с лейкоцитозом более 10 млрд. кл./л с преобладанием нейтрофилов, наличие плевральных наслоений и т.д.). Из 94 пациентов 91 выписан из стационара в удовлетворительном состоянии, а 3 (3,2 %) скончались: двое на фоне прогрессирования септикопиемии; третий — от профузного внутриплеврального кровотечения из подключичной артерии вследствие протрагированного повреждения отломками I ребра.

Оценивалась прогностическая значимость 25 показателей: продолжительность догоспитального периода; характер травмы (открытая или закрытая); сочетанность травмы; гемоторакс малый, средний, большой; гемоторакс вообще; пневмоторакс малый, большой, тотальный; пневмоторакс вообще; гемопневмоторакс вообще; количество поврежденных ребер; общая кровопотеря до 1 л, 1–1,5 л и более 1,5 л; все виды кровопотери; травматический шок I,

II, III степеней; все виды шока; шокогенность травмы; тяжесть травмы по шкале ВПХ; ЛИИ и коэффициент адаптации на третьи сутки после получения травмы. Моделирование связи входных показателей с развитием эмпиемы плевры выполнялось на ПК по модулю Multiple Regression ППП Statistica 5.0.

Исследование показало, что расчет вероятности формирования этого осложнения сразу после поступления пострадавших в стационар является весьма неточным. Информативность прогноза существенно возрастает, если учитывать особенности общей реакции организма в самом начале раннего этапа травматической болезни.

При оценке факторов риска через трое суток после травмы уравнение линейной регрессии (формула прогнозирования эмпиемы) имеет следующий вид:

$$Y = 0,6 - 0,38 \times \text{ПТ} + 0,2 \times \text{КП} - 0,32 \times \text{ГТ} + 0,39 \times \text{Ш} + 0,024 \times \text{ЛИИ},$$

где ПТ — пневмоторакс, коэффициент при малом ПТ равен 1, при среднем, большом и тотальном — 0; КП — величина общей кровопотери, коэффициент при КП до 1 л равен 1, от 1 до 1,5 л — 1,5, более 1,5 л — 2;

ГТ — гемоторакс, коэффициент при малом ГТ равен 1, при среднем, большом и тотальном — 0; Ш — травматический шок, коэффициент при его наличии независимо от степени равен 1, при отсутствии — 0;

ЛИИ — величина лейкоцитарного индекса интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу через трое суток после травмы в усл. ед.

При Y от 0 до 0,3 риск развития эмпиемы низкий, при Y от 0,3 до 0,7 — умеренный, при Y от 0,7 и более — высокий.

Информативность приведенной формулы прогнозирования составляет 76,4 %.

Ее использование предоставляет возможность простого и точного прогнозирования риска возникновения эмпиемы плевры у пострадавших с изолированными и сочетанными повреждениями груди в условиях любого хирургического стационара без привлечения нерутинных специальных методов исследования, что крайне необходимо для проведения целенаправленной профилактики этого осложнения.

А.Н. Плеханов, А.И. Товаршинов

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*Министерство здравоохранения Республики Бурятия (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить причины диагностических ошибок при травматических диафрагмальных грыжах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведен анализ историй болезни 15 больных с травматическими диафрагмальными грыжами в

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