

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 5 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-

дившиеся на лечении в ГКБ № 20 в 2004 г. Среди обследованных было 60 мужчин, 40 — женщин. У 87 больных травма живота и головы сочеталась с повреждением других анатомо-функциональных областей. ISS было равно $28 \pm 10,5$ баллам. Летальность составила 44 %. В исследованной группе выполнено 20 нейрохирургических вмешательств и 27 экстренных лапаротомий.

Ретроспективная оценка хирургического лечения абдоминальной травмы показала, что у 20 (74 %) оперированных пациентов повреждения в животе носили незначительный характер и не представляли серьезной угрозы для жизни пострадавшего. Лапаротомия у этих больных отнесена к разряду диагностических. 7 (26 %) чревосечений носили бесспорно лечебный характер, так как были выполнены по поводу значительных повреждений, сопровождавшихся продолжающимся внутрибрюшным кровотечением или перитонитом.

Показания к экстренному чревосечению в 46 случаях формировались с использованием ДЛЦ, в 62 — с использованием УЗИ, в 13 — с помощью

ДЛС. В 31 наблюдении использовалась комбинация этих методов.

Для определения диагностической ценности каждого метода была определена чувствительность, специфичность, точность и процент возможных диагностических лапаротомий.

Оказалось, что у пациентов с сочетанной травмой головы и живота ДЛЦ обладал следующими характеристиками: чувствительность — 66,7 %, специфичность — 69,8 %, точность — 69,6 %. УЗИ имело чувствительность 83,3 %, специфичность — 75 %, точность — 75,8 %. Чувствительность ДЛС достигала 100 %, однако, специфичность находилась на уровне 16,7 %, а точность — 15,4 %.

Ожидаемый процент напрасных лапаротомий при использовании этих методов для ДЛЦ был равен 81,3, для УЗИ — 70, для ДЛС — 90,1.

Таким образом, вопрос точной и своевременной диагностики внутрибрюшной катастрофы у пациентов с сочетанной травмой головы и живота по-прежнему актуален, а низкая диагностическая ценность дополнительных методов заставляет искать новые решения этой проблемы.

С.Г. Цыбиков, В.Ф. Соболев, Ю.К. Усольцев, Ю.А. Привалов, А.Г. Филиппов, И.А. Егоров, И.В. Лосева, Р.М. Фаркова

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*Дорожная клиническая больница (Иркутск)
Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)*

Цель исследования состояла в ретроспективном изучении диагностической ценности лапароскопии (ЛЦ), ультразвукового сканирования (УЗИ) у больных с сочетанной травмой (СТ), при диагностике внутрибрюшных повреждений.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов обследования и лечения 146 больных с СТ (Injury Severity Score: ISS = $18,1 \pm 9$ баллов), находившихся на лечении в клинике хирургии ГУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей на базе Дорожной клинической больницы с 2001 по 2004 г. Мужчин было 156 (93,1 %), женщин 10 (6,9 %). Возраст пострадавших колебался от 15 до 61 года (средний возраст составил $28,8 \pm 4,1$ лет). Среднее время с момента происшествия до госпитализации $4,6 \pm 1,7$ часа. Для уточнения показаний к лапаротомии или исключения внутрибрюшной катастрофы ЛЦ и УЗИ были использованы у 78 (53,4 %) больных. Кроме того, рассчитывали положительную (ППС), а также отрицательную (ОПС) предсказывающую способность. Произведена ретроспективная оценка тяжести внутрибрюшных по-

вреждений каждого оперированного больного по классификации American Association for the Surgery of Trauma (AAST).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЛЦ был выполнен 27 (34,6 %) больным. Положительный результат исследования зафиксирован в 19 наблюдениях. У 17 больных результаты были подтверждены интраоперационно, а у двух пострадавших результат ЛЦ был расценен как ложноположительный. Чувствительность ЛЦ составила 73 %, специфичность — 86 %, точность — 81 %, ППС — 85 %, ОПС — 88 %. У 37 % больных лапаротомия оказалась напрасной. Значение ISS в этой группе составило $19,3 \pm 8$ баллов.

Из 51 (65,4 %) пациента, которым выполнили УЗИ брюшной полости, положительный результат обнаружен у 14 больных. У 10 больных этой группы данный результат обследования был подтвержден при лапаротомии, у 4 больных этот результат был признан ложноположительным. Из 37 отрицательных результатов УЗИ брюшной полости 29 признаны действительно отрицательными, у 8 больных при последующем наблюдении ре-