

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

© 2006 г. В.Н. Ситников, В.А. Саркисян, О.Л. Дегтярев, М.В. Турбин, Б.И. Литвинов

Актуальность проблемы обусловлена постоянным ростом, по мнению отечественных и зарубежных хирургов, торакоабдоминальных ранений как в вооруженных конфликтах, так и в мирной практике. По данным [1], частота торакоабдоминальных ранений в мирное время составляет 15,3 % всех проникающих ранений грудной клетки и живота, из них у 70,4 % отмечены колото-резаные ранения, у 29,6 – огнестрельные.

При колото-резаных ранениях нижней половины груди слева вероятность повреждения диафрагмы и органов брюшной полости достаточно высока и составляет от 25 до 50 % [2]. Большинство этих повреждений протекает бессимптомно, а многие из них могут заживать самостоятельно, но предотвратить развитие поздних осложнений, таких как образование диафрагмальных грыж, ущемление сместившихся в плевральную полость органов, поможет обязательное рентгенологическое исследование пострадавших в динамике, использование торако- и лапароскопии при сочетанных повреждениях.

Цель работы – показать возможности видеоэндохирургии у больных с торакоабдоминальными ранениями.

Материалы и методы. Наш клинический материал включает 256 наблюдений колото-резаных (189), огнестрельных (19) и закрытых (48) торакоабдоминальных ранений. Основной причиной последних была автодорожная травма или падение с высоты.

При кататравме или ДТП, когда имели место массивные разрывы диафрагмы с перемещением органов брюшной полости в грудную клетку, верификация патологии до операции была воз-

можна в 12 наблюдениях при рентгенологическом исследовании. В других случаях отсутствие контура диафрагмы, наличие дополнительных полукруглых теней или гомогенное затемнение на фоне нижней зоны легочного поля при рентгенографии позволяли заподозрить повреждение диафрагмы. Введение рентгеноконтрастного назогастрального зонда или контрастирование пищевода и желудка помогают постановке диагноза. При колото-резаных ранениях и небольших по протяжению ранах диафрагмы лапаротораскопия в телевизионном сопровождении в 80–90 % наблюдений в состоянии выявить такие повреждения. Следует заметить, что диагностика повреждений правого купола диафрагмы была труднее. В 16 наблюдениях поставлен диагноз свернувшегося гемоторакса и ранение диафрагмы установлено при торакотомии или лапаротомии.

Повреждение левого купола диафрагмы при закрытой травме обнаружено у 41 человека, правого – у 7; при колото-резаных – 88 и 101; огнестрельных ранениях – 11 и 8 случаев. Повреждений диафрагмы с обеих сторон одновременно нам не встретилось.

Подавляющее большинство пострадавших поступали в состоянии травматического шока с нестабильной гемодинамикой и нарушениями дыхания. Типичными для закрытых торакоабдоминальных повреждений были черепно-мозговая травма; переломы костей скелета и таза; переломы ребер с ушибом сердца и легкого.

В 143 случаях из 256 наблюдений (55,8 %) были выполнены диагностические торакоскопии (табл. 1).

Таблица 1

Патология, выявленная при торакоскопии

Патология	Кол-во наблюдений
Повреждение легкого	37
межреберных сосудов	49
Внутрилегочная гематома	17
Повреждение перикарда и сердца	13
диафрагмы	107
Разрыв шварт	18

Выявленная при торакоскопии патология превышает абсолютное число наблюдений, так как у одного и того же пациента было выявлено несколько повреждений.

В первые часы после ранения доминирующее значение имела кровопотеря. Объем ее у наших больных составлял 500–1000 мл – в 22,3 % наблюдений; 1,0–1,5 л – в 55,1; 1,5–2,0 л – в 19,4; более 2,5 л – в 3,2 % случаев.

В течение первого часа оперировано 57 чел. в связи с наличием клинико-инструментальных признаков профузного внутрибрюшного (40 наблюдений) и внутриплеврального (17 случаев) кровотечения. Остальные больные были оперированы в течение 2–3 ч с момента поступления. Объем оперативного вмешательства и доступ

(абдоминальный или торакальный) зависят не столько от верификации повреждения диафрагмы, сколько от характера сочетанных повреждений. Ушивание повреждения диафрагмы у 181 пациента было осуществлено при лапаротомии: у 28 – путем торакотомии; у 47 – при видеоторакоскопии (табл. 2).

Таблица 2

Видеоторакоскопические операции

Мероприятия	Количество наблюдений
Устранение гемопневмоторакса	55
Ушивание ран легкого	9
Клипирование ран легкого	5
Клипирование и коагуляция межреберных сосудов	11
Разделение шварт	8
Устранение свернувшегося гемоторакса	65
Вскрытие и дренирование внутрилегочных гематом	17
Реторакоскопия	19
Конверсия	22

Эндохирургические технологии позволяют быстро диагностировать и оказывать специализированную хирургическую помощь при торакоабдоминальных ранениях в необходимом объеме.

Результаты. У пострадавших, оперированных с помощью видеоторакоскопии, гнойные осложнения не отмечались. Невыраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, ранние сроки удаления дренажей, определяемые быстрым и полным расправлением легких и восстановлением стойкого аэростаза после видеоторакоскопических операций, способствуют ранней активации пострадавших и более благоприятному течению со стороны органов брюшной полости.

У 57 (22,2 %) пострадавших послеоперационный период после открытых операций характеризовался длительно сохраняющейся дыхательной недостаточностью, что требовало интенсивной терапии с включением ИВЛ или вспомогательного дыхания и наложения трахеостомы в 79 наблюдениях при развитии гнойного трахеобронхита и РДСВ.

Умерло 17 (6,6 %) чел. с сочетанными торакоабдоминальными повреждениями. Анализ летальности в зависимости от характера травмы показал, что при колото-резаных ранениях умерло 5 чел. (2,6 %), огнестрельных – 2 (10,5 %); при закрытой травме – 10 (20,8 %) пострадавших.

В первые сутки при колото-резаных ранениях погибло 3 чел. Причина смерти – ранение сердца, острая анемия, шок. В одном случае при торакоабдоминальном ранении легкого и желудка обнаружены травматические разрывы брыжейки толстого кишечника, самого толстого кишечника и селезенки с эвентрацией части последнего через колото-резаную рану и последующей травма-

тической ампутацией его части. Еще 2 пациента погибли на 4 и 6-е сут. В первом случае на фоне острого малокровия развился панкреонекроз после ранения головки поджелудочной железы; во втором – смерть наступила от разлитого фибринозно-гнойного перитонита в результате некроза стенки желудка. Осложнение выявлено на 5-е сут послеоперационного периода.

При огнестрельных торакоабдоминальных ранениях двое пострадавших умерло от множественных повреждений органов груди и живота, осложненных острым фибринозно-гнойным плевритом и перитонитом. Причины смерти – гнойный медиастинит, гнойный трахеобронхит, двухсторонняя пневмония, острая язва оперированного желудка с рецидивным профузным желудочным кровотечением.

Из 10 чел. с закрытой торакоабдоминальной травмой в 1-е сут умерло 5 пострадавших: 3 – от тяжелых множественных повреждений органов груди и живота; 1 – от жировой эмболии, 1 – от тромбоэмболии легочной артерии.

В первый период травматической болезни (2–5 дн.) погибло 4 чел. Причины смерти – тяжелый ушиб головного мозга, тяжелые множественные повреждения органов груди и живота, полиорганная недостаточность.

Генерализация гнойной инфекции, перитонит, сепсис послужили причиной смерти одного пострадавшего через 16 дн. При поступлении у этого пострадавшего были обнаружены множественные переломы ребер, разрыв диафрагмы слева, разрывы обеих долей печени, селезенки поджелудочной железы.

Выводы. Применение видеоэндохирургических технологий у пострадавших с торакоабдоминальными ранениями позволяет избежать ды-

хательной недостаточности в послеоперационном периоде, снизить число осложнений и уменьшить летальность.

Литература

1. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. М., 1981.
2. Цыбуляк Г.Н., Шеянов С.Д. Ранения и травмы живота: современная диагностика и новые методы в лечении // Вестн. хир. 2001. № 5. С. 81–88.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Городская больница скорой медицинской помощи № 2, г. Ростов-на-Дону*

17 февраля 2006 г.