

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, клипирование 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

больной с огнестрельным ранением выжил. Далее по тяжести идут больные с торакоабдоминальным ранением сердца, один больной погиб в послеоперационном периоде от сердечной недостаточности. У одного больного после ушивания ран толстой кишки без колостомы развилась недостаточность швов, абсцессы брюшной полости и наступила смерть от полиорганной недостаточности.

При обнаружении сочетанных повреждений (например, почек) в операционную приглашались узкие специалисты.

В послеоперационном периоде больные получали обезболивающие, антибиотики широкого спектра действия, активную инфузионно-транс-

фузионную терапию. Дренажи из плевральной полости удаляли после расправления легкого, через 48–72 часа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Торакоабдоминальные ранения являются клинически тяжелыми, трудно диагностируемыми, требующими срочного хирургического вмешательства. Особенно тяжело протекают огнестрельные ранения. Однако своевременно и радикально проведенная операция, борьба с шоком, адекватное дренирование полостей и антибиотикотерапия позволяют уменьшить число осложнений и летальных исходов.

В.Л. Карташкин

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ШОКОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГРУДИ И ЖИВОТА

НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург)

В современном алгоритме диагностики сочетанных повреждений важную роль играют малоинвазивные эндовидеохирургические операции: лапаро- и торакоскопия. Однако четких рекомендаций по их применению у пострадавших с сочетанными повреждениями, сопровождающимися шоком, до сих пор нет. Тем не менее, именно при подобного рода травмах малоинвазивные вмешательства зачастую являются методом выбора в борьбе за жизнь пострадавших с политравмой, сопровождающейся тяжелым шоком.

При поступлении пострадавших с шокогенной травмой диагностические и лечебные процедуры проводятся параллельно или в определенной последовательности, в зависимости от тяжести состояния пострадавшего.

Физикальные методы далеко не всегда позволяют точно поставить диагноз и определить характер полученных повреждений, поэтому лишь своевременное применение инструментальных методов диагностики обеспечивает возможность конкретизировать характер поражения и правильно определить лечебную тактику.

Показаниями для выполнения торакоскопии при закрытой сочетанной травме груди в остром периоде ТБ являются:

- подозрение на ранение сердца (при удовлетворительном или средней тяжести состоянии пострадавшего);
- продолжающееся (не профузное, т.е. не угрожающее жизни) поступление крови по дренажам после дренирования плевральной полости;

- свернувшийся гемоторакс (получение небольших червеобразных свертков крови при плевральной пункции);

- подозрение на ранение диафрагмы по данным рентгенографии груди.

При выполнении торакоскопии точкой выбора для введения троакара является 4–5 межреберье по передне- или среднеподмышечной линии в положении пациента на спине. Необходимыми условиями для проведения торакоскопии являются: коллапс легкого не более чем на 1/3 объема и относительная стабилизация витальных функций организма.

При осмотре плевральной полости в первую очередь оценивается объем гемоторакса и проводится поиск источника кровотечения. Кровь, излившаяся в плевральную полость, подлежит реинфузии. После локализации источника кровотечения по степени интенсивности последнего определяется возможность остановки его посредством торакоскопических методов. В тех случаях, когда торакоскопическая остановка кровотечения невозможна, либо сопряжена с техническими трудностями или длительностью манипуляции, следует безотлагательно переходить к традиционной торакотомии с полноценной ревизией органов плевральной полости и сосудов грудной стенки.

Если после торакоскопии планируется выполнение традиционной торакотомии, дренирование плевральной полости не проводится. Во всех остальных случаях завершающим этапом малоинвазивного вмешательства является дренирование плевральной полости широкопросветными дрена-