

М.А. Топчиев<sup>1</sup>, В.И. Плеханов<sup>1,2</sup>, А.С. Колегова<sup>1</sup>, Р.С. Алибеков<sup>2</sup>

## ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

<sup>1</sup> Астраханская государственная медицинская академия (Астрахань)

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 3 им. С.М. Кирова (Астрахань)

*В исследовании представлен материал по лечению 20 больных с торакоабдоминальными ранениями различного происхождения и локализации. Пациенты, поступившие с торакоабдоминальными ранениями, составили 1 % от хирургических больных. Преобладали колото-резаные ранения – 18 больных (90 %), огнестрельные встречались у 2 (10 %) пациентов. Выделялись три группы пациентов с различной характеристикой повреждений. Наиболее частыми были повреждения печени и селезенки. Во всех случаях ставились экстренные показания к операции торакотомии, лапаротомии. Всего различные осложнения в послеоперационном периоде были выявлены у 9 пациентов (45 %) в разных вариациях. Летальные случаи обусловлены характером травмы, несовместимым с жизнью, повреждением крупных сосудов и массивной кровопотерей, поздней обращаемостью, объективными трудностями диагностики. Тяжесть состояния пациентов и клинические проявления торакоабдоминальных ранений обусловлены объемом интраоперационной кровопотери, количеством послеоперационных осложнений.*

**Ключевые слова:** грудная клетка, ранение диафрагмы, шок

## TREATMENT OF THORACOABDOMINAL WOUNDS

М.А. Topchiyev<sup>1</sup>, V.I. Plekhanov<sup>1,2</sup>, A.S. Kolegova<sup>1</sup>, R.S. Alibekov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Astrakhan State Medical Academy, Astrakhan

<sup>2</sup> City Clinical Hospital N 3 named after S.M. Kirov, Astrakhan

*The investigation deals with the material of treatment of 20 patients with thoracoabdominal wounds of various origin and localization. The quantity of patients was 1 % among all surgical ones. Stab-cut wounds prevailed – 18 (90 %), 2 (10 %) patients had gun wounds. There were three groups of patients with different characteristic of damages. The most frequent were damages of liver and spleen. In all cases the urgent data proved the operation of thoracotomy and laparotomy. The complications in postoperative period were in 9 (45 %) cases in various variations. Lethal cases were connected with serious kinds of wound, wound of large vessels and great bleeding, late address to aid, objective difficulties of diagnostics. The severity of patients' condition and clinical manifestations of thoracoabdominal wounds were caused by volume of intraoperative blood loss, quantity of postoperative complications.*

**Key words:** thoracic cavity, diaphragm wound, shock

Среди проникающих ранений особую группу составляют торакоабдоминальные ранения, относящиеся к числу наиболее тяжелых повреждений как мирного, так и военного времени. В мирное время торакоабдоминальные ранения обнаруживаются у 13 % пострадавших с проникающими ранениями. Сохраняется высокий уровень диагностических и тактических ошибок при лечении этой категории пострадавших, причинами которых являются тяжесть состояния пациента и шок, маскирующие симптомы повреждения органов грудной и брюшной полостей. В связи с этим выделяют основные проблемы: точная диагностика в короткий срок, определение степени повреждения обеих полостей и диафрагмы, выбор оптимальной последовательности лечебных мероприятий.

Диагностику пострадавшим проводят на основании данных осмотра, физикальных и лабораторных исследований, электрокардиографию, ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование. При недостаточности информации физикальных исследований и данных обзорной рентгенографии больным показана плевральная пункция, лапароцентез. Применение эндовидеохирургического метода при торакоабдоминальных

ранениях позволяет снизить частоту диагностических ошибок – торакоскопия позволяет уточнить характер внутригрудных повреждений и избежать торакотомии.

Необходимы непрерывное наблюдение и терапия, которая должна быть направлена на поддержание проходимости дыхательных путей, устранение боли, восполнение объема циркулирующей крови, нормализацию водно-электролитного обмена, восстановление ослабленной сердечной деятельности.

Важнейшей составной частью лечебной программы является хирургическое лечение первичного травматического очага с целью предотвращения инфицирования организма. Оперативное вмешательство, представленное торакотомией и лапаротомией, должно предусматривать остановку кровотечения и ушивание ран полых органов без выполнения реконструктивных и восстановительных этапов операций.

Лапаротомия показана всем раненым с преобладанием симптомов повреждения живота, а также значительной части пациентов с выраженной симптоматикой ранений обеих полостей. При преобладании симптомов повреждения грудной полости в первую очередь выполняются неотложные вну-

тригрудные операции, задачей которых является устранение угрожающих состояний и спасение раненого. Они показаны в следующих случаях: внутриплевральное кровотечение объемом кровопотери 300 мл/ч и более; быстро нарастающий клапанный пневмоторакс; ранение сердца и крупных сосудов; ранение пищевода; транслокация органов брюшной полости в плевральную.

Частота послеоперационных осложнений — от 9,3 до 26 % [1, 3]. Общая летальность составляет 27,7 %. Летальность при ножевых торакоабдоминальных ранениях составляет 5,3–19,8 %, летальность при огнестрельных торакоабдоминальных ранениях — 29,3 % [4].

В исследовании представлен материал по лечению 20 больных с торакоабдоминальными ранениями различного происхождения и локализации, пролеченных с 2006 по 2010 гг. в условиях хирургического отделения городской клинической больницы № 3 им. С.М. Кирова г. Астрахань. За пять лет поступившие с торакоабдоминальными ранениями составили 1 % от хирургических больных.

Из них было 19 мужчин (95 %) и 1 женщина (5 %). Возраст больных колебался от 21 до 71 года, средний возраст составил  $34,8 \pm 2$  года. Преобладали лица трудоспособного возраста (95 %).

От общего количества больных с проникающими ранениями груди и живота торакоабдоминальные ранения составили 8 %. В структуре механизма нанесения травмы преобладали колото-резаные ранения — 18 больных (90 %), огнестрельные встречались у 2 пациентов (10 %). Правосторонняя локализация торакоабдоминальных ранений наблюдалась в 7 случаях (35 %) с преимущественным поражением диафрагмы и печени, среди них 1 (5 %) — с летальным исходом. В 13 случаях (65 %) имели место левосторонние повреждения диафрагмы и внутренних органов (преимущественно селезенки), среди них 2 (10 %) — с летальным исходом.

В зависимости от преобладания той или иной симптоматики отчетливо выделялись три группы пациентов с различной характеристикой повреждений (по А.А. Максину) [2]: первая группа — это пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов грудной клетки — 1 (5 %); вторая группа — больные с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости — 14 (70 %); третья группа — пациенты с одинаковыми по сложности повреждениями органов грудной и брюшной полостей — 5 (25 %).

Наиболее частые были повреждения следующих органов: печени — 9 (45 %), селезенки — 5 (25 %), почки — 3 (15 %) (все с летальным исходом), желудка — 2 (10 %), легкого — 2 (10 %), сальников и брыжеек — 2 (10 %), толстого кишечника — 2 (10 %).

При поступлении состояние пострадавших было тяжелое или крайне тяжелое, обусловленное массивной кровопотерей. Во всех случаях ставились экстренные показания к операции.

Перикардиотомия была выполнена в 1 случае (5 %). Торакотомия слева, наряду с лапаротомией, была выполнена 3 пациентам (15 %). Показанием к выполнению торакотомии явилось подозрение на ранение сердца в связи с наличием инородного тела (ножа) в грудной клетке — 1 случай (5 %), и гемоторакс до пятого ребра — 1 случай (5 %), а также транслокация большого сальника в плевральную полость. В 8 случаях (40 %) после операции производили дренирование плевральной полости. Лапаротомия была проведена всем поступившим с диагностической и лечебной целью. Наиболее частым показанием к выполнению лапаротомии явилось кровотечение в брюшную полость.

Ранение диафрагмы у 19 пациентов (95 %) было ушито через брюшную полость при лапаротомии, печени — у 9 (45 %), желудка — у 2 (10 %), толстого кишечника — у 2 (10 %), сальника и брыжеек — у 2 раненых (10 %). 3 пациентам была произведена нефрэктомия. Ранение селезенки было выявлено у 5 пострадавших (25 %). Спленэктомия была проведена в 3 случаях (15 %). В одном случае (5 %) выполнена спленэктомия с последующей ауто-трансплантацией органа. В одном случае (5 %) — ушивание раны селезеночного угла толстого кишечника. Повторная лапаротомия была выполнена 2 раза. Целью релапаротомии в одном случае было вскрытие и дренирование гематомы печени, в другом случае к повторной лапаротомии прибегли в связи с ухудшением состояния пациента — открытием вторичного кровотечения в забрюшинном пространстве, что в данном случае привело в итоге к летальному исходу.

В послеоперационном периоде больные получали интенсивную терапию в условиях отделения реанимации: искусственную вентиляцию легких, переливание компонентов крови, кровезаменителей, профилактику гнойно-септических осложнений. По мере стабилизации состояния, больных переводили в отделение хирургии для дальнейшего лечения и выписки из стационара. Средняя продолжительность койко-дня составила 13. Всего различные осложнения в послеоперационном периоде были выявлены у 9 (45 %) пациентов в разных вариациях. Наиболее частыми и опасными явились геморрагический шок III–IV степени, ретро- и интраперитонеальное кровотечение. В результате лечения 20 пострадавших с торакоабдоминальными ранениями 17 пациентов было выписано, у 9 наблюдались послеоперационные осложнения. У 3 мужчин (15 %) в возрасте от 27 до 49 лет зарегистрирован летальный исход; в результате правостороннего ранения диафрагмы — в 2 случаях, левостороннего ранения — в 1 случае. У всех умерших больных диагностировалось повреждение почки и реже — ее сосудистой ножки, сопровождающееся массивной кровопотерей. Летальные случаи обусловлены характером травмы, несовместимым с жизнью, повреждением крупных сосудов и массивной кровопотерей, а также поздней обращаемостью и объективными трудностями диагностики. Тяжесть состояния

пациентов и клинические проявления торако-абдоминальных ранений обусловлены объемом интраоперационной кровопотери и количеством послеоперационных осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев М.В. Тактика хирургического лечения торакоабдоминальных ранений: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Воронеж, 2009. — 24 с.

2. Максин А.А. Оптимизация диагностики и лечения пострадавших с торакоабдоминальной травмой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ульяновск, 2010. — 22 с

3. Турдыев Д.С. Диагностика и объем операций при торакоабдоминальных ранениях автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2008. — 24 с.

4. Урман М.Г. Травма живота. — Пермь: ИПК «Звезда», 2003. — 259 с.

#### Сведения об авторах

**Топчиев Михаил Андреевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Астраханской государственной медицинской академии (414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121; тел.: 8 (8512) 52-41-43, факс: 8 (8512) 52-51-33)

**Плеханов Владимир Иванович** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии Астраханской государственной медицинской академии, врач травматолог-ортопед городской клинической больницы № 3 им. С.М. Кирова (414038, г. Астрахань, ул. Хибинская, д. 2; тел.: 8 (908) 613-98-34, e-mail: as-toria@mail.ru)

**Колегова Анастасия Сергеевна** – студентка 4-го курса лечебного факультета Астраханской государственной медицинской академии (414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121)

**Алибеков Рамазан Сеферович** – врач-хирург хирургического отделения Городской клинической больницы № 3 им. С.М. Кирова (414038, г. Астрахань, ул. Хибинская, 2; тел.: 8 (8512) 45-91-55)