

В сложных клинических ситуациях хирурги иногда приходится выполнять лапаротомию только для уточнения диагноза. В этой связи становится понятным желание усовершенствовать старые и внедрять новые способы диагностики и лечения.

Применяющиеся при ретроперитонеоскопии аппараты и малотравматичные доступы явились для нас главным в определении щадящего подхода при выборе дополнительных диагностических возможностей и способов операций.

Необходимость использования у детей щадящего подхода возникла и в связи с увеличением в последнее время количества пациентов с травмой живота, сопровождающейся изолированными, относительно легкими повреждениями селезенки (34,7 %), печени (49,1 %) и почек (52 %), не требующими выполнения широкой лапаротомии или люмботомии для ревизии разрыва органа и осуществления гемостаза.

В отделении детской хирургии прооперировано 217 пациентов с закрытыми повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В 19 (8,7 %) случаях применен способ прямой неоптической эндоскопии. В своей работе прямую неоптическую эндоскопию, использующую щадящие хирургические доступы, мы подразделяли:

**1. По цели использования:**

- а) диагностическая;
- б) лечебная.

**2. По срокам выполнения:**

- а) неотложная (1 – 2 часа);
- б) экстренная (12 – 24 часа);
- в) плановая (более 24 часов).

**3. По характеру выполнения:**

а) прицельная (например, прямая неоптическая лапароскопия (ПНЛ) при изолированном разрыве селезенки или печени, прямая неоптическая ретроперитонеоскопия (ПНР) при изолированном повреждении почки;

б) комбинированная (одновременно выполняется несколько эндоскопических исследований). Например: лапароскопия, срочная ПНЛ при раз-

рыве селезенки и экстренная ПНР при сочетанном разрыве почки.

Показания к выполнению ПНЛ и ПНР:

- 1) изолированный одиночный и множественный разрыв селезенки с продолжающимся кровотечением в брюшную полость;
- 2) спленэктомия при размождении паренхимы селезенки и отсутствии выраженного кровотечения в брюшную полость;
- 3) изолированный разрыв капсулы и паренхимы печени в проекции II, III, IV, V, VI, VII и VIII сегментов с продолжающимся кровотечением в брюшную полость;
- 4) ушиб, гематома поджелудочной железы;
- 5) неоднозначная видеолапароскопическая картина повреждений органов брюшной полости при отсутствии продолжающегося внутрибрюшного кровотечения;
- 6) изолированный или сочетанный разрыв почек;
- 7) неоднозначная клиническая и визуализационная картина повреждения почек.

ПНЛ и ПНР при закрытых повреждениях живота противопоказаны при:

- 1) выраженных признаках внутрибрюшного кровотечения и проявлениях нестабильной гемодинамики;
- 2) размождении и отрыве селезенки с выраженным внутрибрюшным кровотечением;
- 3) множественных разрывах и размождении паренхимы печени с продолжающимся внутрибрюшным кровотечением;
- 4) множественных повреждениях органов брюшной полости;
- 5) разрывах поджелудочной железы;
- 6) проникающих разрывах тонкой и толстой кишки;
- 7) планируемой нефруретерэктомии.

Шестой и седьмой пункт противопоказаний можно применить к доступу. Даже при тяжелых повреждениях способ прямой неоптической эндоскопии не теряет диагностической ценности.

**М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев, В.В. Савельев**

**ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ЖИВОТА**

*Медицинский институт Якутского государственного университета (Якутск)*

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Изучение оперативного лечения пострадавших с огнестрельным ранением в живот.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

За период 2000 – 2004 гг. из 347 пострадавших с травмами органов брюшной полости пострадавших с огнестрельными ранениями в живот было 10

(2,8 %). Из них пулевые ранения были у двух пострадавших и дробовые – у 8. Причинами ранений явилось неосторожное обращение с оружием у двух пациентов, производственное – у одного и на фоне алкогольного опьянения – у 7 пациентов. Все пациенты были мужского пола в возрасте от 19 до 53 лет.

При пулевом ранении живота имелось ранение тонкой кишки и почки у одного пострадав-

шего; тонкой кишки и общей подвздошной артерии — у одного пациента. Обоим пациентам была выполнена срединная лапаротомия, иссечение и ушивание ран тонкой кишки. Нефрэктомия произведена у одного больного и восстановление целостности подвздошной артерии — у другого. Оба пациента выписаны с выздоровлением на 12–14 сутки.

Дробовое ранение тонкой кишки наблюдалось у двух пациентов. Дробовое сочетанное ранение тонкой и толстой кишки было у 6 пострадавших, из которых у одного обнаружено ранение почки, у одного — ранение поджелудочной железы, у двух — ранение печени. Кроме ушивания ран тонкой и толстой кишки проведены следующие операции: выведение разгрузочной кишечной стомы — у четырех, атипичная резекция *pancreas* — у одного, нефрэктомия — у одного, ушивание ран печени — у двух пациентов.

В послеоперационном периоде у трех пострадавших с ушиванием ран тонкой и толстой кишки без выведения разгрузочной кишечной стомы отмечено образование тонкокишечных свищей, два пациента умерли.

Всего в послеоперационном периоде умерли: один пострадавший с обширным ранением печени, доставленный в состоянии клинической смерти, умер на операционном столе; один пострадавший с ранением поджелудочной железы; один пострадавший с множественным ранением толстой и тонкой кишки. Послеоперационная летальность составила 33 %.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наибольшую сложность в лечении занимают пострадавшие дробовыми огнестрельными ранениями. При сочетанных ранениях тонкой и толстой кишки целесообразнее формирование разгрузочной кишечной стомы.

**Б.Э. Мункожаргалов, А.Д. Козулин, В.А. Домашевский, А.М. Очиров**

## СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ЖИВОТА

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 (Иркутск)*

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Сочетанная травма — это повреждения двух или более органов или сегментов конечности, принадлежащих разным физиологическим системам либо анатомическим областям, возникшие в результате воздействия одного травмирующего фактора. В данной работе изучается сочетанная травма живота (СТЖ), включающая как обязательный компонент повреждение опорно-двигательной системы (ОДС). В доступной нам литературе мы обнаружили немногочисленные данные, касающиеся структуры сочетанной травмы живота. Так, Ю.Г. - Шапошников с соавт. (1986) на основании опыта лечения 251 больного в структуре изолированных и сочетанных повреждений органов живота выводит на первое место травмы тонкой кишки (26,0 %), на второе место — повреждения селезенки (25,2 %), затем — мочевого пузыря (8,2 %), почек и мочеточников (6,7 %). По данным А.А. Пушкова (1998) по частоте в сочетанных повреждениях доминирует селезенка (31,0 %), затем тонкая кишка (22,3 %), пе-

чень (19,0 %), желудок (6,7 %). По наблюдениям В.В. Кузьменко с соавт. (1986), основанным на материалах исследования 348 больных с сочетанной травмой, удельный вес больных с сочетанными повреждениями живота и ОДС составил 34,2 %, при этом общая летальность составила 28,4 %. А.А. Пушков приводит цифру летальности 12,19 %.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дать количественную и структурную оценку сочетанной травмы живота, оценить тактику лечения, изучить структуру летальности, основываясь на материалах МУЗ ГКБ № 3 г. Иркутск за 1999, 2000 и 2001 гг.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование основывается на ретроспективном анализе лечения больных, поступивших в МУЗ ГКБ № 3 в 1999, 2000 и 2001 гг. Была рассмотрена группа больных с СТЖ в количестве 98 человек. Распределение больных представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по годам

Год	Поступило	Из них с СТЖ	Мужчин	Женщин	Средний возраст	Прооперировано	Умерло больных	Летальность
1999	5008	30 (0,6 %)	19 (63,4 %)	11 (36,6 %)	41,1	21 (70 %)	5	16,6 %
2000	4692	32 (0,68 %)	25 (78,2 %)	7 (21,8 %)	38,0	14 (43,7 %)	10	31,2 %
2001	4981	36 (0,72 %)	23 (63,9 %)	13 (36,1 %)	38,7	20 (55,5 %)	12	33,3 %