

вота и подозрением на повреждение селезенки в возрасте от 7 до 68 лет. Из них у 234 (79 %) пострадавших имели место сочетанные повреждения других областей тела. 261 пациенту выполнено УЗИ, 54 — лапароскопия и 25 — селективная ангиография.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Информативность УЗИ во многом зависит от разрешающей способности аппарата и опыта специалиста. В исследуемой группе УЗИ оказалось информативным у 80,5 % поступивших. В остальных 19,5 % случаев получены недостоверные данные.

Всем пострадавшим выполнен лапароцентез методом «шарящего катетера». При разрывах селезенки различной степени он оказался эффективным в 95,3 % случаев.

Из 297 поступивших 243 (82,3 %) оперированы традиционным способом. Им выполнены различные по объему вмешательства.

25 пациентам выполнена селективная ангиография. При этом были выявлены внутриорганные гематомы селезенки (8 пострадавших), подкапсульные гематомы (6), ушибы (7), небольшие чрес-

капсульные разрывы (4). Всем больным выполнен рентгенэндоваскулярный гемостаз раствором аминокaproновой кислоты, аутогустками или гемостатической губкой.

54 пострадавшим выполнена лапароскопия. У 20 пациентов выявлен ушиб селезенки, у 9 — небольшие подкапсульные гематомы, у 6 — отмечено увеличение размеров селезенки (при УЗИ и ангиографии у них выявлены гематомы), у 11 обнаружены ушибы брюшной стенки. В 4 наблюдениях отмечены небольшие чрескапсульные разрывы органа и минимальный гемоперитонеум. Этим больным выполнена клеевая аппликация большого сальника к месту разрыва. У 4 пострадавших обнаружен чрескапсульный разрыв селезенки с большим, окружающим орган, сгустком. Им выполнена спленэктомия.

Таким образом, инструментальные методы позволяют решать наиболее сложные дифференциально-диагностические задачи у пострадавших с сочетанной травмой и подозрением на наличие повреждений селезенки и определить правильную тактику ведения этой группы больных.

А.А. Филиппов, Р.К. Валитов, Л.И. Фаина

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

Омская государственная медицинская академия (Омск)

В клинике общей хирургии ОмГМА проведено исследование 589 больных с сочетанными травмами за период с 1992 по 2001 гг.

Травмы живота среди 238 пострадавших с сочетанными травмами в наших исследованиях составили 100 случаев (42,06 %). Несколько чаще эти повреждения наблюдались у пострадавших при падении с высоты, однако в абсолютном исчислении половина пострадавших с абдоминальными травмами приходится на долю «пешеходов». Повреждения паренхиматозных органов (176 случаев — 73,95 %) преобладали над травмами полых (54 наблюдения — 22,68 %). О трудностях диагностики закрытых повреждений внутренних органов свидетельствует тот факт, что у 7,2 % пострадавших диагностика запаздывала. Активное использование в последние годы лапароцентеза заметно снизило процент диагностических ошибок.

В структуре повреждений травма живота занимает 3—4 место, формируя основную летальность в первые часы и сутки после катастрофы. Начиная со 2—3 суток смерть наиболее вероятна от травматического перитонита.

В мирное время изолированные повреждения брюшной стенки встречаются реже, чем повреждения, сочетанные с травмой органов брюшной полости.

Одной из причин ошибок, приводящих к летальному исходу у раненых, являются слепые раны брюшной полости, при которых входное отверстие находится вне топографо-анатомических границ живота: в области ягодицы, таза, промежности, мошонки, верхней трети бедра, поясничной области и грудной клетки. Эти ошибки чаще встречаются при большом поступлении экстренных больных, когда врач обращает внимание главным образом на локализацию раны.

Чаще всего проникающие ранения живота не диагностируются при слепых повреждениях ягодичных областей.

Время, истекшее от момента ранения до поступления больного в операционную для лапаротомии, имеет большое значение. Однако показания к лапаротомии зависят не только от времени, а главным образом, от общего состояния раненого и всей клинической картины. На первый план здесь выступают нарушения сердечно-сосудистой деятельности. У раненых в живот в первые часы после травмы нередко развивается шок, который затрудняет диагностику проникающего ранения живота.

Повреждения печени возникают вследствие непосредственной травмы и ранения печени, сдавления и тяжелых сотрясений; от противоудара,

падения с высоты и ушибов брюшной полости. При патологически измененной печени (малярии, сифилисе, циррозе и др.) могут возникать повреждения при незначительной травме или повышении внутрибрюшного давления, например, при подъеме тяжести и др.

При разрыве паренхиматозного органа (печень, селезенка, почка) возникает опасность развития внутреннего кровотечения и острой анемии, что может быстро привести к смерти больного, а также бурного развития гнойного перитонита в связи с наличием инфекции (при разрыве печени, почек, мочевого пузыря) и питательной среды — крови.

Достаточно много проходит больных с торакальными или торакоабдоминальными ранениями, политравмой, тяжелой терапевтической патологией (34,2 %).

При оценке эффективности лечебного процесса и исхода заболевания, необходимо отметить влияние нескольких факторов: состояние пациента перед оперативным вмешательством, давность заболевания, наличие хронической патологии, рационально выбранная и успешно проведенная хирургическая тактика при адекватном анестезиологическом пособии, течение раннего послеоперационного периода, особенно его ранние сроки. Наибольшее значение отводится последнему фактору, так как именно в этот период возникает большинство осложнений.

На основании результатов исследований и клинических наблюдений, можно сделать вывод о том,

что у пациентов, поступающих в клинику в ранние сроки (1—3 часа) после получения травмы и имеющих сравнительно небольшой объем кровопотери, при проведении рациональной хирургической тактики и адекватной интенсивной терапии срок лечения в ОРИТ минимальный. При поступлении больных в более поздние сроки (3—7 часов) и соответственно, имеющих больший объем кровопотери, течение раннего послеоперационного периода существенно увеличивается. Значительную роль при этом играют ряд причин: наличие или последствия геморрагического шока, постгеморрагическая анемия, нарушения свертывающей системы, водно-электролитного баланса, гипопротейнемия, микроциркуляторные расстройства. На второй план выходит борьба с послеоперационным парезом кишечника, профилактика гнойно-септических осложнений, респираторного дистресс-синдрома. Также немаловажное значение при больших объемах гемоперитонеума имеет проведение реинфузии, особенно во время операции. К сожалению, в некоторых случаях это бывает невозможно, вследствие повреждения желчной системы. В таких случаях, исходя из клинического опыта, замечено, что больные более длительное время проводят в реанимационном отделении, требуют заместительной гемо-, плазмотрансфузии и являются более угрожаемыми по развитию ДВС-синдрома.

При диагностике травм живота мы применяем разработанную нами компьютерную лечебно-диагностическую комплексную программу.

В.В. Протопопов¹, В.В. Агаджанян²

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

¹Государственная медицинская академия (Новосибирск)

²ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (Ленинск-Кузнецкий)

Показанием к неотложной операции при повреждениях почек является угрожающее жизни почечное кровотечение. Чаще всего в этих случаях выполняют лапаротомию по поводу внутрибрюшного кровотечения.

Из наблюдаемых нами 55 пациентов с закрытой травмой живота и разрывом почек у 34 (61,8 %) детей оперативным доступом была лапаротомия, из них верхнесрединная — у 29 (52,7 %), срединная — у 4 (7,3 %) и нижнесрединная — у 1 (1,8 %) ребенка. У 2 детей лапаротомия была дополнена люмботомией. У 14 (25,5 %) детей хирургическим доступом являлась люмботомия по Федорову и у 7 (12,7 %) пациентов применена прямая неоптическая ретроперитонеоскопия через специальный малотравматичный доступ.

В большинстве случаев, выбор способов диагностики и лечения зависит от тяжести состояния пациентов и наличия сочетанных повреждений. В первую очередь — внутрибрюшного кровотечения.

При сочетанных повреждениях чаще выявляется разрыв селезенки — 16,6 %, разрыв печени — 8,3 %, разрыв, гематома брыжейки тонкого кишечника — 1,8 %, разрыв толстой кишки — 0,9 % и разрыв поджелудочной железы — 0,9 %. Из других повреждений наиболее часто отмечается черепно-мозговая травма — 16,6 % и переломы костей конечностей — 12 %. По представленным данным, повреждения органов брюшной полости, проявляющиеся внутрибрюшным кровотечением, в общем количестве сочетанных повреждений занимают первое место — 43,6 %, поэтому мы считаем