

О.Б. Нузова ¹, Д.С. Кацюба ², Д.В. Адам ², М.А. Кочеткова ², Ю.С. Баталова ¹

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА

¹ Оренбургская государственная медицинская академия (Оренбург)² Муниципальная городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова (Оренбург)

Клинические исследования охватывают 60 больных с повреждениями живота, пролеченных в 1-м хирургическом отделении МГК больницы им. Н.И. Пирогова города Оренбурга в 2009–2010 гг. Сложность диагностики обусловлена стертой клинической картиной, одновременным повреждением различных органов брюшной полости и наличием сочетанных повреждений. Использование современного алгоритма диагностических мероприятий позволяет в большинстве случаев поставить правильный диагноз, исключая, таким образом, ненужные диагностические лапаротомии, с одной стороны, а с другой стороны — не тратить время на наблюдения при необходимости оперативного вмешательства.

Ключевые слова: травма, живот, диагностика, лечение

WAYS OF OPTIMIZATION THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ABDOMEN INJURIES

O.B. Nuzova ¹, D.S. Katsuba ², D.V. Adam ², M.A. Kochetkova ², Yu.S. Batalova ¹¹ Orenburg State Medical Academy, Orenburg² Municipal City Clinical Hospital named after N.I. Pirogov, Orenburg

The clinical studies involve 60 patients with abdomen injuries who underwent treatment in the Surgery Department -1 of the Orenburg N.I. Pirogov Municipal Clinic in 2009-2010. Diagnosis problems are due to obliterated clinical manifestations, simultaneous damages of different abdomen organs and availability of combined injuries. Applying the up-to-date algorithm of diagnostic measures make it possible, in most cases, to give a correct diagnosis, thus eliminating unnecessary diagnostic laparotomies on the one hand and waste no time for the observation of patients, that need to be operated, on the other.

Key words: injuries, abdomen, diagnosis, treatment

Травматические абдоминальные повреждения остаются одной из наиболее сложных проблем хирургии [2, 4]. В мирное время повреждения органов брюшной полости составляют 1,5–4,5 % всех травм. Из года в год возрастает число больных с открытыми и закрытыми травмами живота. За исключением черепно-мозговой травмы абдоминальные повреждения являются самыми опасными, так как сопровождаются большим числом осложнений, высоким уровнем летальности и инвалидизации [5]. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении пострадавших с травматическими повреждениями органов брюшной полости, а также широкое внедрение миниинвазивных методов, количество неудовлетворительных результатов остается стабильно высоким [1]. Все это делает проблему диагностики и лечения этих пострадавших трудной, важной и актуальной.

Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных с травмой живота.

Задачи: 1) Оптимизация диагностического поиска при закрытых и открытых повреждениях органов брюшной полости с использованием диагностического алгоритма. 2) Улучшением диагностики повысить эффективность лечения пациентов с повреждениями живота.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинические исследования охватывают 60 больных с повреждениями живота, пролеченных в 1 хирургическом отделении МГК больницы им.

Н.И. Пирогова города Оренбурга в 2009–2010 гг. Проводились инструментально-лабораторные исследования: общая термометрия, ЭКГ, определялась группа крови, резус-фактор, клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови (общий белок, его фракции, сахар, билирубин, мочевины, хлориды), а также определялись показатели свертывающей и противосвертывающей систем крови: время свертывания, длительность кровотечения, протромбиновый индекс, фибриноген, количество тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время, международное нормализованное отношение. Биохимические исследования проводили с использованием биохимического анализатора производства Японии «Сапфир — 400». Выполнялись инструментальные исследования (УЗИ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование грудной и брюшной полости, лапароцентез, лапароскопия). В ряде случаев выполнялась диагностическая лапаротомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 60 пациентов у 34 была открытая травма живота, у 26 — закрытая. Чаще всего это больные молодого возраста от 20 до 40 лет — 44 пациента (73,3 %). Вид травмы, как правило, бытовой — 36 случаев (60 %), дорожно-транспортная травма — 22 случая (36,6 %), производственная — 2 (3,3 %). 43 пациента (71,6 %) в момент получения травмы находились в состоянии алкогольного опьянения.

У 34 больного диагностирована открытая травма живота. Из них у 10 пациентов непроникающие ранения, у 24 — проникающие. В 7 случаях установлены ранения брюшной стенки, в 3 — поясничной области. В 7 наблюдениях выявлены колото-резаные ранения, в 2 — колотые, в 1 — огнестрельное ранение.

В 6 случаях непроникающих ранений проводилось УЗИ-органов брюшной полости, в 5 — рентгенография органов грудной и брюшной полости.

Из 10 наблюдений только в одном случае обнаружено повреждение внутренних органов. Все пациенты поступали в течение 2 часов с момента получения травмы. 9 пациентов из 10 находились в состоянии средней степени тяжести, гемодинамические показатели у них были стабильными. Всем 10 пострадавшим проведена первичная хирургическая обработка ран.

Один пациент с огнестрельными ранениями находился в тяжелом состоянии. Положение его было вынужденное с приведенными к животу ногами, сознание спутанное. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения, артериальное давление — 110/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живой болезненный в мезогастрии, определялось напряжение мышц передней брюшной стенки. При поступлении проведено рентгенологическое исследование грудной и брюшной полостей. Выполнена операция: лапаротомия, ревизия, ушивание надрывов серозной оболочки тонкой и нисходящего отдела ободочной кишки, санация, дренирование брюшной полости. Больной удовлетворительном состоянии выписан домой на 14-е сутки.

С проникающими ранениями было 24 больных. В 2009 г. — 10, в 2010 г. — 14 случаев. В 3 наблюдениях выявлены торакоабдоминальные ранения. В 9 случаях (37,5 %) из 24 повреждений внутренних органов не установлено. Все больные поступали в тяжелом состоянии. У 22 пострадавших ранения колото-резаные, в 2 — колотые. Чаще всего повреждалась брыжейка тонкой кишки — в 8 наблюдениях (33,3 %), тонкая кишка в 6 случаях (25 %), печень у 4 больных (16,6 %).

При обследовании больных с травмами живота клинико-диагностическая программа включала:

1. Опрос больного или доставивших его лиц для выяснения обстоятельств и механизма получения травмы (тупой удар, падение с высоты, наезд автомобиля, сдавление и др.);

2. Выявление косвенных внешних признаков повреждения при осмотре в виде ран, ссадин, кровоподтеков на брюшной стенке и в поясничной области;

3. Оценка состояния больного и выявление трех основных травматических синдромов: шокового, геморрагического и перитонеального.

Для точной диагностики повреждения очень важно выяснить обстоятельства травмы, вид травмирующего агента. Так, при прямом ударе, по брюшной стенке спереди, возникают чаще всего повреждения кишечника, желудка, печени. Удар с боку или сдавление живота, зачастую вызывает

повреждения печени, селезенки. Падения с высоты и удар в поясничную область ведут к повреждению почек.

Наиболее опасными зонами на передней брюшной стенке при проникающих ранениях живота являются правая подреберная и собственно эпигастральная область. А наименее опасная левая подреберная область.

Больных с тупой травмой живота было 26, в 2009 г. — 12 случаев, в 2010 г. — 14. При тупой травме чаще всего поражалась селезенка — в 12 случаях (46,15 %), печень — в 10 наблюдениях (38,46 %), брыжейка тонкой кишки — у 5 больных (19,23 %). При закрытой травме без повреждения внутренних органов была характерна боль, резкая болезненность при попытке сесть, поднять ногу или голову, свободное отхождение газов и мочи, участие передней брюшной стенки в акте дыхания, отсутствие признаков острой анемии, гематурии, при пальпации — отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки, аускультативно — сохраненная перистальтика.

При закрытой травме с повреждением внутренних органов появлялась боль, которая из локальной превращалась в разлитую по всей брюшной стенке. Характерными УЗИ-признаками повреждений внутренних органов брюшной полости были: размытость контуров паренхиматозных органов, разрежение паренхимы, увеличение их размеров, наличие свободной жидкости в брюшной полости, выявление гематом селезенки и печени, травматических разрывов с определением размеров и протяженности. Однако оно мало, что дает для диагностики повреждений полых органов [5]. Выраженное вздутие кишечника или наличие эмфиземы мягких тканей экранируют практически всю картину со стороны брюшной полости и делает ультразвуковое исследование малоэффективным. В 6 случаях УЗИ было неинформативным, что способствовало пролонгации к оперативному вмешательству. В 2 случаях при первичном УЗИ не выявило повреждения селезенки, в 1 — повреждение диафрагмы, в 1 — печени, в 2 наблюдениях — повреждений тонкой кишки.

Больным проводилось рентгенологическое исследование грудной и брюшной полостей. Его целью явилось выявление свободного газа и свободной жидкости в брюшной полости и косвенных признаков воспаления и повреждения. Свободная жидкость дает картину лентовидных теней в латеральных каналах живота, а при перитоните в области поврежденного полого органа обнаруживается вздутие одной петли — симптом «дежурной петли» [4]. Лапароцентез проводился в 8 случаях. В ряде случаев у пациентов с повреждениями живота он был противопоказан. Противопоказаниями явились: резкое вздутие живота, наличие множественных послеоперационных рубцов передней брюшной стенки, указывающих на большую вероятность спаечного процесса с фиксацией петель кишечника к передней брюшной стенке. Кроме того, в одном случае, когда проводился лапароцен-

тез, кровь по трубке пошла не сразу, а лишь через 2 часа. Диагностическая лапаротомия выполнена 5 больным (19,2 %) с закрытой травмой живота. Она целесообразна, но в каждом отдельном случае необходимо тщательно обосновывать показания к ее выполнению, так как увеличение числа напрасных лапаротомий способствует росту послеоперационных осложнений и летальности. Диагностическая лапароскопия в 7 случаях (26,9 %) при тупой травме живота. Она позволила в значительной степени повысить качество диагностики. Но, несмотря на ценность лапароскопии, которая состоит в возможности визуальной оценки внутренних органов, не стоит забывать о ее недостатках — повышенной инвазивности и ограниченных возможностях их ревизии [1]. Однако в ряде случаев использование диагностической лапароскопии позволяет избежать ненужных диагностических лапаротомий. Летальность составила 3,3 %. До настоящего времени вопросы диагностики и лечебной тактики при травме живота остаются актуальными и далеко не разрешенными. Сложность диагностики обусловлена стертистостью клинических проявлений, одновременным повреждением различных органов брюшной полости и наличием сочетанных повреждений. Большинство ошибок обусловлено объективными трудностями диагностики, особенно в первые часы после травмы, при сочетанных повреждениях, алкогольное опьянение. Учитывая выше перечисленное, логично искать пути к сокращению времени диагностического поиска, улучшая клиническую диагностику и применяя специальные методы исследования.

ВЫВОДЫ

1. В связи с тяжелым состоянием больных диагностические мероприятия должны быть инфор-

мативными, проводить их следует одновременно с массивной противошоковой терапией.

2. Если диагноз подтверждается четкой клинической картиной, нет надобности тратить время на дополнительное обследование.

3. При сомнительных ситуациях необходимо использовать специальные методы диагностики (лабораторные, инструментальные — рентгенологическое исследование грудной и брюшной полостей, УЗИ, лапароцентез, компьютерную томографию, лапароскопию, диагностическую лапаротомию).

4. Использование современного алгоритма диагностических мероприятий позволяет в большинстве случаев поставить правильный диагноз, исключая, таким образом, ненужные диагностические лапаротомии, с одной стороны, а с другой стороны — не тратить время на наблюдения при необходимости оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Избранные главы госпитальной хирургии (новые технологии) / под ред. В.В. Плечева, В.М. Тимебулатова. — Уфа, 2007. — 528 с.
2. Козлов И.З., Горшков С.З., Волков В.С. Повреждения живота. — М.: Медицина, 1988. — 224 с.
3. Кочнев О.С. Диагностика и выбор метода хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 1984. — № 3. — С. 41 — 43.
4. Рагимов Г.С. Выбор хирургической тактики при повреждениях селезенки // Казанский медицинский журнал. — 2009. — Т. X, № 3. — С. 831 — 835.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. — М.: Триада-X, 2005. — 640 с.

Сведения об авторах

Нузова Ольга Борисовна — доктор медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии Оренбургской государственной медицинской академии (460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6; тел.: 8 (3532) 57-63-62; e-mail: nuzova_27@mail.ru)
Кацюба Денис Сергеевич — врач-хирург Муниципальной городской клинической больницы им. Н.И. Пирогова (460048, г. Оренбург, пр. Победы, 140В; тел.: 8 (3532) 45-46-20; e-mail: denaxal@mail.ru)

Адам Дмитрий Вячеславович — врач-хирург Муниципальной городской клинической больницы им. Н.И. Пирогова (460048, г. Оренбург, пр. Победы, 140В; тел.: 8 (3532) 36-92-33)

Кочеткова Мария Александровна — врач-хирург Муниципальной городской клинической больницы им. Н.И. Пирогова (460048, г. Оренбург, пр. Победы, 140В; тел.: 8 (3532) 31-53-33)

Баталова Юлия Сергеевна — клинический ординатор кафедры факультетской хирургии Оренбургской государственной медицинской академии (460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6; тел.: 8 (922) 873-00-74; e-mail: yusb09@mail.ru)