

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ведущими причинами смерти у больных, погибших на догоспитальном этапе, с повреждениями ПЖ была острая массивная кровопотеря — у 37 (68,5 %), травматический шок — у 7 (13,0 %), полиорганная недостаточность на фоне общего фибринозно-гнойного перитонита — у 10 (18,5 %) больных. Для оценки характера сочетанного повреждения ПЖ нами разработана классификация, согласно которой различают 4 типа: первый — травма ПЖ без повреждения панкреатического протока и ранения ретропанкреального сегмента ВБВ; второй — травма ПЖ с повреждением панкреатического протока и ранение ретропанкреального сегмента ВБВ; третий — сквозное ранение ПЖ и повреждение ретропанкреального сегмента ВБВ; четвертый тип — полный поперечный разрыв ПЖ и ранение ретропанкреального сегмента ВБВ. Наиболее часто у 19 (51,4 %) больных встречался первый тип повреждений, второй — у 6 (16,2 %), третий — у 10 (27 %) и четвертый — у 2 (5,4 %) больных. Было установлено, что на этапе остановки кровотечения существенно нарастала тяжесть состояния пациентов. При выделении ретропанкреального сегмента ВБС по K.L. Mattox, особенно вены, интраоперационная кровопотеря составила $1350,0 \pm 65,78$ мл: при транспанкреаль-

ном доступе $429,4 \pm 72,30$ мл ($p < 0,0001$). Использование новых технических приемов (способа временной баллонной окклюзии и транспанкреального доступа) позволило добиться минимальной кровопотери и предупредить ухудшение тяжести состояния пациента на этапе гемостаза. При сравнительном анализе по исследуемым признакам транспанкреальный доступ и предложенный способ баллонной окклюзии оказались равноценными. В то же время способ временной баллонной окклюзии не требует пересечения ПЖ, что крайне важно при первом типе повреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наиболее рациональным доступом к поврежденной сосудистой магистрали при ранениях ретропанкреального сегмента ВБА у больных с сочетанными повреждениями ПЖ и нарушением целостности главного панкреатического протока и ретропанкреального сегмента ВБВ является пересечение перешейки ПЖ прогрессивным расширением раны.

2. При сочетанном повреждении ПЖ без нарушения целостности главного панкреатического протока и ретропанкреального сегмента ВБВ оптимальным является временная баллонная окклюзия поврежденной сосудистой магистрали и доступ к вене без пересечения ПЖ.

В.П. Рязанцев, М.А. Ларин

РАЗРЫВЫ СЕЛЕЗЕНКИ: ПРОБЛЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Сибирский государственный медицинский университет (Томск)

Последние десятилетия отмечены значительным ростом числа тяжелых повреждений, закономерно усугубляющихся массивной кровопотерей, шоком, развитием тяжелых, порой смертельных осложнений. При этом источником внутреннего кровотечения нередко становится поврежденный паренхиматозный орган. По данным литературы, повреждение селезенки при тупой травме живота достигает 25 %. Тяжесть состояния пострадавших еще более усугубляется при одновременном сочетанном повреждении селезенки, печени, кишки и других анатомических областей. Трудность диагностики таких повреждений и значительная летальность при них делают эту проблему стабильно актуальной, а лечение данной категории пострадавших представляет весьма сложную задачу.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дать характеристику структуры пострадавших с изолированными и сочетанными повреждениями селезенки и определить дифференцированный подход в диагностике повреждений у этого контингента пострадавших.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены данные о 34 пострадавших с разрывом селезенки, поступивших в травматологическое отделение ММАЛУ (ГБ № 1) г. Томска. Большую часть (29 — 88,1 %) составили лица с тяжелой сочетанной травмой, в т.ч. живота и груди (8 чел.), живота, черепа и головного мозга (7 чел.), живота и конечностей (4 чел.), живота и таза (3 чел.), живота, груди, головного мозга и конечностей (7 чел.). В подавляющем большинстве повреждения связаны с действием грубой травмирующей силы в результате автокатастроф (13), наездов автомобилей (8), кататравмы (9), нанесения побоев (4). У 31 пострадавшего (91,2 %) при поступлении в стационар диагностирован шок II — III степени, в т.ч. у 16 (47 %) — шок III степени или терминальное состояние. Значительное число пострадавших (9 — 26,5 %) поступили в состоянии алкогольного опьянения. У 22 пациентов (64,7 %) разрывы селезенки сочетались в различных вариациях с повреждением печени, желудка, кишки, мочевого пузыря, почки, разрывами корня брыжейки кишечника. Обследование пострадавших включа-

ло клинические, лабораторные, рентгенологические исследования, а также, по показаниям, проведение диагностического лапароцентеза, лапароскопии и УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявлено, что в зависимости от характера и масштабов повреждений наблюдалась различная по тяжести клиническая картина, определявшая, в конечном счете, различную тактику хирурга при решении вопроса о диагнозе и последующем лечении. Наряду с общими симптомами повреждений органов живота при изолированном разрыве селезенки (5 случаев — 14,7 %) на первый план выступают признаки внутреннего кровотечения и шока с быстрым ухудшением общего состояния, снижением АД и ослаблением пульса. На этом фоне нередкими симптомами повреждения селезенки были: максимальная болезненность в левом верхнем квадранте живота, симптомы Кера, «ваньки-встаньки», Вейнерга, Тренделенбурга, Грефе. Необходимо отметить отсутствие прямой связи между масштабом повреждения селезенки и степенью выраженности болевых ощущений. При рентгенологическом исследовании характерны высокое стояние левого купола диафрагмы, ограничение ее подвижности. Характер и локализация травмы (область левого подреберья или левой половины грудной клетки), сопутствующее повреждение ребер слева, левосторонний гемоторакс, исследование в динамике количества эритроцитов и гемоглобина, контроль за АД и пульсом нередко помогали в диагностике повреждения селезенки. Установлено, что у большинства пострадавших развивается анемия, однако падение гемоглобина и уменьшение числа эритроцитов наступает не сразу; показатели гематокрита начинают соответствовать истинной кровопотере через 8—10 ч после травмы, а максимальной выраженности анемия достигает к 3—5 суткам.

Особого внимания заслуживают случаи разрывов селезенки в сочетании с повреждением других паренхиматозных и полых органов живота. Клиническая картина таких повреждений отлича-

лась большей тяжестью и высокой (до 80 %) частотой шока. Наибольшие трудности в диагностике разрыва селезенки возникали у пострадавших с повреждением двух и более анатомических областей, т.е. при сочетании закрытых повреждений живота с травмой груди, таза, переломами костей черепа, ушибом головного мозга, повреждением позвоночника, переломами длинных трубчатых костей. У всех 29 таких пострадавших при поступлении диагностирован шок II—III степени. Трудность распознавания повреждения селезенки у них очевидна, поскольку на первый план в клинике выступают симптомы и синдромы тяжелых сопутствующих повреждений. Кроме того, неадекватность поведения части пострадавших или отсутствие сознания при черепно-мозговой травме, алкогольное опьянение создают дополнительные значительные трудности в выявлении отдельных симптомов повреждения селезенки. В случаях изолированной тупой травмы живота, а также сочетанных повреждений значительную диагностическую ценность приобретают диагностический лапароцентез, проведение лапароскопии как дополнительного или основного диагностического метода, а также УЗИ.

Исходы лечения пострадавших с изолированными и сочетанными повреждениями селезенки определялись, главным образом, сроками проведения оперативных вмешательств с момента травмы; они имели достаточно широкий диапазон (от 1 до 24 ч и более). У 24 пострадавших (70,6 %) посттравматический период характеризовался развитием одиночных или множественных осложнений, взаимно отягощающих друг друга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило получить достаточную информацию о структуре сочетанной травмы, важным компонентом которой, являлся разрыв селезенки. Трудности диагностики таких повреждений очевидны, как и очевидна необходимость использования максимально информативных методов обследования пострадавших с сочетанными повреждениями в сжатые сроки.

В.И. Макаров, Б.А. Сотниченко, О.Н. Дмитриев

МЕСТО ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ

Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)

При сочетанной травме живота число напрасных лапаротомий достигает 20—25 %. Одним из наиболее часто повреждаемых органов является селезенка.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения ультразвукового исследования

(УЗИ), ангиографии и лапароскопии в диагностике и лечении закрытых повреждений селезенки.

В клинике факультетской хирургии с курсом эндоскопии за последние 19 лет находилось на лечении 297 пострадавших с закрытой травмой жи-