

УДК 617.541/.55-001-089-083.98

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Я.Г. Колкин<sup>1</sup>, Е.С. Перишин<sup>2</sup>, Д.В. Вегнер<sup>1</sup>, Р.Е. Песчанский<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
<sup>2</sup>Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

**Реферат.** Цель: изучить результаты лечения и разработать наиболее рациональный алгоритм лечебно-диагностического пособия при торакоабдоминальной травме. В настоящей работе проанализированы результаты диагностики и лечения 81 больного с торакоабдоминальной травмой, находившихся на лечении в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна, за период с 2000 по 2008 годы. Основным фактором, определяющим очерёдность вмешательства на органах брюшной и грудной полостей при их сочетанном повреждении, является превалирование манифестирующей клинической картины со стороны конкретных органов и анатомических структур. В этой связи спленэктомия выполнена у 19 пациентов, коагуляция раны селезёнки – у 2, ушивание раны печени – у 19, ушивание раны диафрагмы – у 21, ушивание дефекта желудка – у 1. В большинстве случаев при повреждении органов грудной полости объём хирургического пособия ограничивался дренированием плевральной полости, однако у 21 пациентов была выполнена стандартная торакотомия. Умерло 4 пострадавших, трое из которых доставлены в агонирующем состоянии и погибли вскоре после госпитализации. Один пострадавший погиб от присоединившихся гнойно-септических осложнений. Летальность при торакоабдоминальной травме связана, прежде всего, с объёмом кровопотери, выраженностью травматического и геморрагического шока, гнойно-септическими осложнениями в посттравматическом периоде. Одним из важнейших условий снижения летальности – является оказание пострадавшим максимально ранней специализированной помощи.

**Ключевые слова:** торакоабдоминальная травма, хирургическое лечение.

Торакоабдоминальная травма является одной из самых сложных проблем современной экстренной хирургии. Это обусловлено тяжестью состояния пострадавшего, трудностью диагностики и выбора оптимального лечебного пособия. Согласно литературным данным, торакоабдоминальная травма составляет 13,7-16,4%, от общего числа травмированных, летальность колеблется в пределах 25%-65% [1, 2, 7].

**Цель:** изучить результаты лечения и разработать наиболее рациональный лечебно-диагностический алгоритм при торакоабдоминальной травме.

### Материал и методы

За период с 2000 по 2008 годы в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна находился на лечении 81 пациент с торакоабдоминальной

травмой. Закрытая торакоабдоминальная травма была выявлена у 36 пострадавших, открытая у 45. В течение первых двух часов после получения травмы доставлен 39 пациент, в течение первых суток – 23, и более чем через сутки – 19 травмированных. Среди них было 63 пациентов мужского пола (77%) и 18 женщин (23%) в возрасте 15-89 лет. Производственные травмы составили (18%), а бытовые (82%).

### Результаты и обсуждение

Для решения вопроса о характере имеющихся повреждений большое значение имеет анамнестический поиск в плане определения механизма травмы. При обследовании пострадавших нами использовались: клинические, лабораторные и рентгенологические методы диагностики (рентгеноскопия и рентгенография, компьютерная томография), ультразвуковое исследование органов грудной и брюшной полостей, а также эндоскопические средства диагностики, включая торакоскопию и видеоторакоскопию.

Из числа госпитализированных лиц, практически каждый пятый пациент находился в состоянии алкогольного опьянения, что в какой-то степени камуфлировало клиническую картину и затрудняло диагностику. Более 70% пострадавших поступили в тяжёлом или крайне тяжёлом состоянии.

Наличие раны в подреберье или низкая локализация раны на грудной стенке уже само по себе могло указывать на возможность повреждения диафрагмы.

Следствием травмы органов грудной клетки оказались: быстро прогрессирующие нарушения дыхания и кровообращения; выраженный болевой синдром; наличие клинических признаков прогрессирующего травматического или геморрагического шока, либо их комбинацией.

Все эти нарушения в отдельности или в сочетании, естественно требовали экстренных мер для их диагностики и устранения. Поэтому, важнейшим условием эффективности лечения торакоабдоминальной травмы явилось улучшение организации специализированной помощи в сторону максимального ускорения

оказания пострадавшему специализированной медицинской помощи. После общего обследования определялись показания к возможному применению специальных методов инструментальной диагностики.

При отсутствии терминального состояния необходимым в диагностике торакоабдоминальной травмы является обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости.

Торакоскопия, в качестве экспресс-диагностики анатомических повреждений органов грудной клетки, показана при пневмотораксе, малом и среднем гемотораксе, массивных тенеобразованиях в плевральной полости. Фибротреахеобронхоскопия являлась необходимой при подозрении на повреждение трахеи или крупных бронхов, при наличии кровохарканья, бронхообтурационного синдрома.

Как и большинство авторов [3-6], мы считаем, что при травме абдоминальных органов, при малейшем подозрении на внутрибрюшное кровотечение или повреждение полого органа необходим лапароцентез с использованием «шарящего» катетера.

Как нам кажется, основным фактором, определяющим очерёдность вмешательства на органах брюшной и грудной полостей при их сочетанном повреждении, является превалирование манифестирующей клинической картины со стороны конкретных органов структур, с учётом их доминирующей функциональной значимости. В связи с этим, совершенно очевидно, что первоочередное преимущество в очерёдности на хирургическое пособие имеют сердце, крупные сосуды, обычно профузно кровоточащие. Очень важно помнить о возможной необходимости предварительного дренирования плевральной полости, перед лапаротомией в плане профилактики напряжённого пневмоторакса при проведении искусственной вентиляции лёгких. В свою очередь, торакотомия при сочетанных повреждениях груди и живота нередко является необходимой составной частью хирургического лечения определённой группы пострадавших. Отказ от неё или позднее её выполнение могут привести к гибели пострадавшего или развитию тяжёлых осложнений, требующих трудоёмкого и длительного лечения.

Некоторым пострадавшим торакотомия необходима немедленно или в течение в течение первых часов после торакоабдоминальной травмы. Операция показана в случаях продолжающегося внутриплеврального кровотечения с объёмом кровопотери 300 мл/ч и более;

некупируемого клапанного пневмоторакса; открытого пневмоторакса с массивным повреждением лёгкого, массивного гемоторакса и т.д.

В ряде случаев торакотомия может быть отсроченной во времени. Например, подобная ситуация может возникнуть в условиях свернувшегося гемоторакса, удаление которого может быть произведено после устранения каких-то острых нарушений жизненно важных функций организма пострадавшего.

Спленэктомия выполнена у 19 пациентов, коагуляция раны селезёнки – у 2, ушивание раны печени – у 19, ушивание раны диафрагмы – у 21, ушивание дефекта желудка – у 1. В большинстве случаев при повреждении органов грудной полости объём хирургического пособия ограничивался дренированием плевральной полости, однако у 21 пациентов была выполнена стандартная торакотомия. Послеоперационные осложнения при торакоабдоминальных повреждениях встречались как со стороны органов брюшной, так и грудной полостей (ущемление тонкой кишки, посттравматическая плевропневмония), и находились в прямой зависимости от сроков оперативного вмешательства, тяжести и обширности внутриорганных повреждений.

Летальность при торакоабдоминальной травме (4,3%), связана, с быстрой или массивной кровопотерей, травматическим шоком, а также гнойно-септическими осложнениями в послеоперационном периоде.

#### **Выводы**

1. Летальность при торакоабдоминальной травме обусловлена тяжестью состояния пострадавших, в связи с полиорганными повреждениями и связана, прежде всего, с объёмом кровопотери, выраженностью травматического и геморрагического шока, гнойно-септическими осложнениями.

2. Одним из важнейших условий снижения летальности – является оказание пострадавшим максимально ранней специализированной помощи.

#### **ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ**

*Я.Г. Колкін, Е.С. Першин, Д.В. Вегнер,  
Р.Е. Песчанський*

**Реферат.** Мета: вивчити результати лікування і розробити найбільш раціональний лікувально – діагностичний алгоритм при торакоабдоминальній травмі. У роботі проаналізовані результати діагностики і лікування 81 хворих з торакоабдоминальною травмою, що знаходилися на лікуванні в клініці хірургії ім. К.Т. Овнатаняна, за період з 2000 по 2008 роки. Основним чинником, що визначає черговість втручання на органах

черевної і грудної порожнин при їх поєднаному пошкодженні, є переважання маніфестуючої клінічної картини з боку конкретних органних структур. В зв'язку з цим спленектомія виконана у 19 пацієнтів, коагуляція рани селезінки – в 2, ушивання рани печінки – в 19, ушивання рани діафрагми – в 21, ушивання дефекту шлунку – в 1. В більшості випадків при пошкодженні органів грудної порожнини об'єм хірургічного втручання обмежувався дренажуванням плевральної порожнини, проте у 21 пацієнта була виконана стандартна торакотомія. Померло 4 постраждалих, троє з яких доставлені в агонізуючому стані і загинули незабаром після госпіталізації. Один пострадавший загинув від гнійно-септичних ускладнень, що приєдналися. Летальність при торакоабдомінальній травмі зв'язана, перш за все, з об'ємом крововтрати, вираженістю травматичного і геморагічного шоку, гнійно-септичними ускладненнями в посттравматичному періоді. Однією з найважливіших умов зниження летальності – є надання пострадавшим максимально ранньої спеціалізованої допомоги.

**Ключові слова:** торакоабдомінальна травма, хірургічне лікування.

#### DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF THORACOABDOMINAL TRAUMA

*Y.G. Kolkin, E.S. Pershin, D.V. Vegner, R.E. Peschanskiy*

**Abstract.** The aim. Study the results of treatment and develop most rational treatment is a diagnostic algorithm at a thoracoabdominal trauma. In the real work the results of diagnostics and treatment are analyzed 83 patients with a thoracoabdominal trauma, being on treatment in the clinic of surgery the name of K.T. Ovnatanyan, for period from 2000 to 2008 years. Determining the order of interference on the organs of abdominal and pectoral regions at their damage is predominating of demonstrating clinical picture from the side of concrete organ structures. In this connection a splenectomy is executed for 19 patients, coagulation of wound of spleen – at 2, taking in of wound of liver – at 19, taking in of diaphragm

wound – at 21, taking in of defect of stomach – at 1. In most cases at the damage of organs of pectoral cavity the volume of surgical manual was limited to the catchment of pleura cavity, however for 21 patients standard thoracotomy was executed. 4 died patients, three from which delivered in the state and perished soon after hospitalization. One patient perished from joining festering-septic complications. Lethality at a thoracoabdominal trauma is constrained, foremost, with the volume, expressed of traumatic and hemorrhagic shock, festering-septic complications in a posttraumatic period. One of major terms of decline of lethality – there is providing of the maximally early specialised help patients.

**Keywords:** thoracoabdominal trauma, surgical treatment.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М. М. Малоинвазивные вмешательства в ургентной торакальной хирургии / М.М. Абакумов, А.А. Гуляев, А.П. Погодина // Эндохирургия сегодня. – 1995. – № 4. – С. 70-71.
2. Абакумов М.М. Экстренная компьютерная томография при закрытой травме груди и живота / М.М. Абакумов, А.И. Ишмухаметов, Ф.А. Шарифулин // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1997. – № 4. – С. 63-69.
3. Авилова О.М. Неотложная торакоскопия при закрытой травме груди / О.М. Авилова, В.Г. Гетьман, А.В. Макаров // Грудная хирургия. – 1984. – № 2. – С. 52-56.
4. Діагностика та лікування потерпілих із закритими ізольованими та поєднаними пошкодженнями живота / М.Г. Кононенко, С.П. Коробова, Л.Г. Кашенко [та ін.] // Вісн. Сум. держ. ун-ту. Сер. Медицина. – 2007. – № 1. – С. 69-74.
5. Delayed discovery of diaphragmatic injury after blunt trauma: report of three cases / D.G. Healy, D. Veerasingam, D. Luke, A.E. Wood // Surg. Today. – 2005. – Vol. 35, № 5. – P. 407-410.
6. Heat herniation after blunt chest trauma / G.M.A. Dato, A. Arslanian, P.L. Filosso [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2002. – Vol. 123, № 2. – P. 367-368.
7. Trupka A. Blunt chest trauma / A. Trupka, D. Nast-Kolb, L. Schweiberer // Unfallchirurg. – 1998. – Bd. 101, № 4. – S. 244-258.