

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИВОТА

**ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ**

Л. А. ЗЫКОВСКАЯ

Проблема лечения повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства не может считаться разрешенной. Значительные затруднения возникают при диагностике разрыва полых и паренхиматозных органов при закрытой травме живота, особенно у лиц, находящихся в бессознательном состоянии в связи с черепно-мозговой травмой, при алкогольной интоксикации, при сопутствующих повреждениях опорно-двигательного аппарата или органов трудной клетки. Важность ранней диагностики при неясных клинических симптомах требует от хирурга особой настороженности, применения в наиболее короткий промежуток времени дополнительных методов исследования (лапароцентез, лапароскопия, рентгенография, лабораторные тесты).

Излишнее выжидание до появления более убедительных симптомов таит в себе опасность прогрессирования перитонита, а лапаротомия, разрешающая диагностические сомнения, представляет определенный риск у больных с множественными повреждениями.

Менее сложен вопрос диагностики и хирургической тактики при проникающих колото-резаных ранениях живота, которые реже сопровождаются повреждениями за пределами брюшной полости, а ранняя хирургическая ревизия раны и органов живота не вызывает сомнения.

Исходы повреждений органов брюшной полости во многих случаях неблагоприятны, летальность все еще составляет значительную величину. К сожалению, до настоящего времени

причина летального исхода нередко обусловлена поздним обращением пострадавшего за врачебной помощью, а иногда даже при своевременной госпитализации оперативное лечение оказывается запоздалым в результате ошибочной диагностики.

Все сказанное убеждает в необходимости изучения материала клиники, анализа диагностических и тактических ошибок и разработки методов наиболее рациональной терапии различных видов повреждений.

Необходимо отметить, что по наблюдениям клиники частота повреждений органов брюшной полости не имеет тенденции к уменьшению на протяжении последних лет.

В госпитальной хирургической клинике за 10 лет (1961—1970 гг.) было оперировано 348 человек с повреждениями органов брюшной полости, из которых большая часть (60,4% пострадавших) поступила в течение последних пяти лет.

Из 348 больных у 124 наблюдалась закрытая травма живота в результате удара по нему, при падении с высоты, при сдавлении тела.

Клиническая картина при закрытой травме живота зависит от того, какие органы и в какой степени пострадали. При повреждении паренхиматозных органов, брыжейки кишечника превалируют признаки шока и внутрибрюшного кровотечения. При травме полых органов на первый план выступают симптомы перитонита. Кратковременное наблюдение за состоянием больного в процессе проводимой противошоковой терапии, контроль за динамикой артериального давления, диагностическая пункция живота с применением «шарящего» катетера оказывают значительную помощь в диагностике. Пневмоперитонеум при разрыве полых органов рентгенологически обнаруживается сравнительно редко. В сомнительных случаях, так же как и при полной уверенности в повреждении органов брюшной полости, прибегаем к экстренной лапаротомии.

Из 124 случаев закрытой травмы живота при лапаротомии повреждения органов брюшной полости не обнаружены у 21 больного; в их числе был один пациент с подкожным разрывом мышц брюшной стенки с образованием травматической вентральной грыжи и у трех больных найдена забрюшинная гематома, обусловленная переломом костей таза. Разрыв тонкой или толстой кишки при тупой травме живота наблюдался в 41 случае, разрыв селезенки — в 27, разрыв печени — в 11, желчного пузыря — в трех, поджелудочной железы — в пяти и разрыв мочевого пузыря обнаружен у 16 пострадавших.

Летальность в группе больных с закрытой травмой живота составила 12,1% (умерли 16 пациентов из 124).

В группе больных с проникающим ранением живота в процессе операционной ревизии повреждения органов не обнаружено в 64 случаях из 224. Кроме того, 14 пострадавших имели торако-абдоминальное ранение без повреждения органов брюшной полости. Ревизия брюшной полости всегда производилась из срединного разреза под наркозом. В случае необходимости этот разрез дополнялся поперечным пересечением прямых мышц живота справа или слева. Ранение желудка найдено в 12 случаях, печени — в 32, селезенки — в пяти, кишечника — у 59 больных, поджелудочной железы — у четырех, желчного пузыря — у пяти, саленника — у девяти, множественные повреждения органов брюшной полости обнаружены у 20 пострадавших.

Летальность в группе больных с проникающими колото-резаными ранениями живота значительно меньше, чем при закрытой травме. Из 224 человек умерли четверо (1,8%). Наибольшая летальность, как при закрытой травме живота, так и при проникающих ранениях, отмечена при повреждениях желудка и кишечника (7 умерших из 20), печени (4), селезенки (3); прочие локализации повреждений — 6.

Особенно неблагоприятны исходы множественных повреждений, примером которых могут быть следующие наблюдения:

1. Больной П., 35 лет, поступил по поводу ножевого ранения живота в проекции левой прямой мышцы на уровне пупка. Наблюдалось выпадение в рану поперечно-ободочной кишки. В процессе лапаротомии обнаружены множественные повреждения тонкого кишечника, подвздошной вены; обильное внутрибрюшное кровотечение. Раны тонкого кишечника и брыжейки ушиты, перевязана подвздошная вена. Перелито 1,200 л крови. При явлениях прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности через 20 час наступила смерть.

2. Больной С., 42 лет, поступил по поводу автотранспортной травмы. Диагностированы множественные переломы ребер, гемопневмоторакс, сотрясение головного мозга, множественные разрывы печени, разможнение правой почки. Шок III—IV степени. Одновременно с проведением противошоковой терапии произведена торакотомия, ушивание раны легкого, затем лапаротомия; ушиты раны печени, произведена оментогепатопексия, правосторонняя нефрэктомия. Через три суток развились явления сердечно-сосудистой и печечно-почечной недостаточности, наступила смерть.

Анализ причин летальных исходов показывает, что из 20 умерших от травмы живота только семь были в возрасте старше 50 лет, у них имелись расстройства со стороны органов дыхания и кровообращения, которые могли оказать влияние

на исход травмы. Большинство же погибших были в молодом, цветущем возрасте. Особая тяжесть и множественность повреждений наблюдалась в четырех случаях — больные умерли в течение 1—3 суток после поступления. Четыре человека были доставлены в клинику в поздние сроки (2—3 суток после получения травмы) с развившимся уже перитонитом, межкостными абсцессами.

Непосредственными причинами смерти больных этой группы были шок и массивная кровопотеря (2), сердечно-сосудистая недостаточность (4), перитонит (10), тромбоз селезеночной и верхней брыжеечной вен (1), пневмония (1) и печеночно-почечная недостаточность (2).

Улучшение исходов закрытых и проникающих повреждений живота возможно при ранней госпитализации пострадавших, своевременном проведении реанимационных мероприятий, адекватном кровозамещении, раннем и достаточно радикальном оперативном вмешательстве.

ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ЖИВОТА МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Л. М. МЕЙЕРОВИЧ, А. С. ГОФМАН

Проникающие ранения брюшной полости встречаются сравнительно редко среди травм мирного времени. Тяжесть течения таких ранений связана с потерей крови вследствие повреждения крупных сосудов и паренхиматозных органов, возможностью перитонита при повреждении полых органов и в результате внесения инфекции извне. За 1960—1969 гг. в нашей клинике наблюдалось 167 больных с проникающими ранениями живота, что позволяет нам поделиться опытом лечения этих больных.

В мирное время подавляющее количество ранений живота составляют колото-резаные, значительно реже встречаются огнестрельные. Так, по данным А. Ф. Анисимова (1942 г.) из 78 пострадавших с проникающим ранением живота у 66 раны были нанесены режущим предметом, а у 12 — огнестрельным оружием. По материалам Б. Е. Стрельникова с соавт. (1970 г.)