

ной постановки диагноза и выбора метода лечения, так и, возможно, для выяснения этиологии и патогенеза данного заболевания. Изложенное свидетельствует о необходимости дальнейших исследований в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беккер С. М. Патология беременности. «Медицина», Л., 1975.— 2. Давыдова М. А. Казанский мед. ж., 1961, 1.— 3. Ермакова Г. Г. Акуш. и гинек., 1961, 5.— 4. Нечаева И. Д., Дильман В. М. Трофобластическая болезнь. «Медицина», Л., 1976.— 5. Тарасенко О. П. Клиника, диагностика, лечение пузырного заноса и отдаленные результаты. Автореф. канд. дисс., Черновицы, 1962.

Поступила 28 июня 1978 г.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 617.54+617.55]—001.4

СОЧЕТАННЫЕ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ

Г. М. Николаев, Г. Д. Медведовская

Кафедра травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии с курсом нейрохирургии (зав.— проф. Г. М. Николаев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Частота торако-абдоминальных ранений в мирное время, по данным ряда авторов, составляет от 36 до 57% проникающих ранений грудной клетки. Процент диагностических ошибок варьирует от 33,3 до 80 [1, 2]. С 1966 по 1977 г. в хирургическом, травматологическом и нейрохирургическом отделениях 15-й больницы г. Казани находилось под наблюдением свыше 9000 пострадавших с различными травмами, из них 866 человек с сочетанными. Из общего количества пострадавших — 118 лиц с травмой грудной клетки и ее органов.

С закрытыми сочетанными торако-абдоминальными травмами было 39 человек, с открытыми сочетанными огнестрельными ранениями — 25. Следовательно, с торако-абдоминальными ранениями и травмами наблюдалось 64 пострадавших.

В зависимости от характера повреждений пострадавшие разделены нами на 5 групп: 1-я — больные, у которых ранение груди и диафрагмы не вызвало повреждений паренхиматозных и полых органов, но имелись сочетанные травмы, повреждения (ребер, позвоночника); 2-я — лица с повреждением только органов грудной клетки и диафрагмы; 3-я — пациенты с повреждениями паренхиматозных органов; 4-я — пострадавшие с торако-абдоминальными повреждениями и одновременным повреждением полых органов живота; 5-я — больные с повреждением органов грудной клетки в сочетании с ранениями органов брюшной полости.

Наслоение различных симптомов и снижение критики объективного восприятия самих пострадавших объясняют всю сложность получения достоверных данных при общепринятых методах клинического обследования. Необходимо целенаправленно определять ведущее повреждение: при травме груди — в первую очередь рентгенологическое обследование, плевральные пункции, перикардиоцентез, торако- и бронхоскопия; при повреждениях органов живота — рентгенологическое обследование, лапароцентез, лапароскопия.

В настоящее время без специального реанимационного обеспечения почти невозможно спасти жизнь пострадавшим. Поэтому в организованной нами палате интенсивной терапии, оснащенной современной мониторной системой, в составе дежурной бригады круглосуточно находятся хирург, травматолог, нейрохирург, анестезиолог и реаниматолог.

Из 64 пострадавших с закрытыми и открытыми сочетанными торако-абдоминальными ранениями и повреждениями 75% находились в состоянии шока, преимуще-

ственно II—III степени. В связи с этим сразу же при поступлении в клинику им осуществлялась противошоковая терапия с продолжением во время выполнения операции.

При торако-абдоминальных ранениях и повреждениях выжидание проявления нарастающих признаков внутрибрюшной катастрофы явно нецелесообразно и опасно. По нашим наблюдениям, трудность дифференциальной диагностики при указанных ранениях и повреждениях груди и живота обусловлена следующими факторами, которые необходимо учитывать: а) мышечное напряжение при перитоните (разрыве или ранении полых органов брюшной полости) может отсутствовать у пострадавших в преклонном и старческом возрасте и, наоборот, возникать как результат рефлекторных воздействий при переломах ребер, позвоночника, костей таза; б) истечение крови или содержимого полых органов в брюшную полость в первые сутки может быть незначительным, без клинических проявлений и поэтому распознается несвоевременно; в) при закрытых травмах грудной клетки и живота возможны забрюшинные кровоизлияния, дающие резко выраженный парез кишечника, симулирующего перитонит, когда, естественно, лапаротомия не оправдана; г) чрезвычайно трудны для диагностики торако-абдоминальные ранения и повреждения забрюшинной части двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы.

До сих пор нет единого мнения о хирургической тактике при торако-абдоминальных ранениях и повреждениях. Большинство хирургов рекомендуют при отсутствии убедительных данных рентгенологического исследования начинать операцию с первичной хирургической обработки до дна раны. Подобная обработка, по нашим наблюдениям, уточняет проникающий характер раны. При выявлении повреждения органов грудной клетки она перерастает в торакотомию. Если же обнаруживаются повреждения диафрагмы, то возникают показания к лапаротомии. Такая тактика была оправдана в 23 наших клинических наблюдениях.

Таким образом, первичная хирургическая обработка раны грудной стенки, ревизия плевральной полости, осмотр диафрагмы с возможным повреждением органов брюшной полости являются обязательным условием правильности лечебных мероприятий.

Особенно труден вопрос о тактике хирурга в случаях одинаково выраженного грудного и брюшного симптомокомплексов у пострадавших. Здесь тактика в какой-то степени зависит от опыта и квалификации хирурга. У таких пострадавших, по нашим наблюдениям, оперативное лечение начинать необходимо индивидуально, исходя из анамнеза, клиники и длительности срока поступления в стационар.

Все наблюдаемые нами пострадавшие оперированы в первые 6—24 ч. после поступления в клинику. Операции были выполнены под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом (иногда с добавлением закиси азота), с применением мышечных релаксантов и под защитой переливания крови и кровезаменителей.

Из наблюдаемых и леченных нами пострадавших умерло при торако-абдоминальных ранениях трое из 25, при закрытых торако-абдоминальных травмах — шесть из 39. Причинами смерти были шок и сердечно-сосудистая недостаточность.

В заключение следует подчеркнуть, что, кроме борьбы с шоком и кровопотерей, ведущим направлением в помощи пострадавшим с торако-абдоминальными ранениями и повреждениями является борьба с тяжелой дыхательной недостаточностью. Основу лечебных мероприятий составляют: обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, оксигенотерапия, декомпрессия плевральной полости (плевральные пункции, торакоцентез, дренирование плевральной полости), коррекция нарушений кислотно-щелочного равновесия, искусственная вентиляция легких при угнетении спонтанного дыхания, профилактика и борьба с инфекцией.

Поступила 11 июля 1978 г.