

1965.—5. Шилов П. И., Берлин Л. Б., Кулаков В. И., Сафонов И. Г. Клиническая диагностика и лечение переломов грудной и брюшной полостей. Медицинская литература, 1967, № 8.

1967.—6. Wood I., Doig R. K., Mottegar R., Hughes A. Gastric biopsy. Lancet, 1949, 1, 6540, 18—21.

УДК 616—001—611.94—611.95

## КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

Г. М. Николаев, А. Б. Остроумов и А. И. Марков

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев), кафедра травматологии и военно-полевой хирургии (зав. — проф. Г. М. Николаев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и 15-я гор. больница Казани (главврач — Л. А. Баранчикова)

В большинстве случаев повреждение органов грудной и брюшной полостей сочетается с повреждением костей и забрюшинных органов. При таких комбинированных травмах наблюдается высокая летальность.

С 1963 по 1967 г. в нашей клинике находилось на лечении 226 больных с открытыми и закрытыми повреждениями органов грудной и брюшной полостей, из них 68 (50 мужчин и 18 женщин) — с комбинированными травмами органов грудной и брюшной полостей, в том числе и с повреждением костной системы. Из 68 больных умерло 16 (2 от перитонита, 4 от кровопотери и 10 от шока). Производственная травма была у 5 пострадавших, сельскохозяйственная — у 3, бытовая — у 25, автотранспортная — у 21, спортивная — у 14. 30% пострадавших получили травму в состоянии алкогольного опьянения.

Подкожные разрывы полых органов у половины больных сочетались с множественными переломами ребер, костей таза и черепа. У пострадавших с множественными переломами ребер мышечная защита и болезненность верхних отделов живота трактовались хирургами как результат повреждения межреберных нервов, а не полых органов. Мы считаем целесообразной следующую группировку комбинированных травм: 1) травмы грудной клетки и ее органов, 2) травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства, 3) травмы органов грудной и брюшной полостей.

Открытые травмы грудной клетки, в частности ножевые ранения, не представляют значительной трудности для диагностики.

У большинства пострадавших с комбинированной травмой органов брюшной полости была закрытая травма (падение с высоты, удар в живот, сдавление). При открытой травме живота возможно профузное кровотечение, разлитой диффузный перитонит, шок. Чем раньше поставлен правильный диагноз и чем раньше поставлен правильный диагноз и чем раньше больной оперирован, тем выше процент выздоровления.

Сроки оперирования больных представлены в табл. 1.

В клинике у подавляющего большинства пострадавших диагноз устанавливали в первые 3 часа и срочно производили оперативное вмешательство. Повреждение внутренних органов не обязательно сопровождается отсутствием печеночной тупости, кроме того, небольшие скопления свободной жидкости в брюшной полости (кровь, экссудат) практически трудно определить. Все это чрезвычайно затрудняет диагностику закрытых комбинированных травм. Вздутие живота в первые часы после травмы говорит о парезе кишечника, одной из частых причин которого служит забрюшинная гематома, а также перелом позвоночника.

Единственным правильным лечением закрытых повреждений органов брюшной полости является ранняя операция. Лапаротомия с целью диагностики показана тогда, когда предшествовавшие исследования больного не исключают повреждения внутренних органов и когда у врача возникает подозрение на перитонит или внутреннее кровотечение. Следует делать широкие разрезы, позволяющие произвести полную ревизию органов брюшной полости. Заслуживает предпочтения срединный разрез с последующим расширением в стороны в зависимости от обнаруженной патологии.

Оперативное вмешательство лучше проводить под общим эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов, что дает возможность управлять жизненно важными функциями организма, позволяет произвести тщательную ревизию и создает хорошую релаксацию поперечнополосатой мускулатуры. Операцию необходимо

Таблица 1

Сроки операций с момента травмы, час.	Число больных	Умерло
До 6 . . . . .	35	5
От 6 до 12 . . .	13	3
От 12 до 18 . . .	6	3
От 18 до 24 . . .	2	1
Позднее 24 . . .	2	1
Не установлены .	10	3
Всего		68
		16

сочетать с гемотрансфузией. Доза переливаемой крови зависит от величины кровопотери.

До операции всем нашим больным производились обычные мероприятия по борьбе с шоком и кровопотерей, которые продолжались и в послеоперационном периоде. От применения нейроплегических средств мы отказались. Они, понижая АД, могут привести к срыву устойчивости компенсации сердечно-сосудистой системы и развитию коллапса.

У больных с тяжелыми формами шока мы неоднократно получали хороший эффект с последующим выравниванием АД от применения кортикоステроидов. Они компенсируют нарушенную функцию надпочечников и повышают устойчивость организма при наличии тяжелой травмы.

Особенно трудными для диагностики являются разрывы забрюшинной части двенадцатиперстной кишки. Эти повреждения иногда остаются нераспознанными даже во время операции. Ряд авторов [1] выделяет триаду симптомов, характерных для разрывов двенадцатиперстной кишки: забрюшинная гематома, предбрюшинная эмфизема, желто-зеленые пятна на брюшине. Иногда травма бывает настолько значительной, что повреждается несколько органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Изолированные разрывы поджелудочной железы встречаются редко, что объясняется топографо-анатомическими взаимоотношениями, небольшими размерами органа и глубиной его залегания. В легких случаях травмы происходят мелкие кровоизлияния в паренхиму железы и ее отек, в тяжелых разрывы и кровоизлияния в железе приводят к ее некрозу. Проведение двусторонней блокады чревных нервов и симпатических стволов, введение гидрокортизона в общем комплексе лечения оказывают выраженный терапевтический эффект и улучшают послеоперационное течение.

Чрезвычайно трудны для диагностики комбинированные травмы с обширными кровоизлияниями в забрюшинное пространство. Развивается шок, плохо поддающийся противошоковой терапии, метеоризм, упорный парез кишечника. В таких случаях целесообразна двусторонняя паранефральная новоканиновая блокада.

При закрытой травме почек важно не только распознать их повреждение, но и оценить тяжесть и локализацию повреждения. Болезненное напряжение брюшной стенки и поясничной области, резкое падение АД, гемоглобина при наличии макроскопической гематурии указывают на повреждение почек. Чаще всего бывает их раздробление или разрыв сосудов почечной ножки. В подавляющем большинстве случаев травмы почек клинические признаки недостаточно ясны и варьируют в широких пределах.

По нашим наблюдениям (и в соответствии с литературными данными) при закрытых травмах живота наиболее часто разрывы селезенки и печени. В связи с кровотечением в брюшную полость и соответствующей клинической картиной (шок, падение АД и гемоглобина, частый пульс, локальная болезненность и пр.) диагностика не представляет значительных затруднений, в то же время комбинированные закрытые повреждения с разрывом этих органов намного утяжеляют клиническую картину заболевания и создают трудность диагностики не только в дооперационном периоде, но и на операционном столе. Обнаружение во время операции разрыва паренхиматозных органов должно сопровождаться тщательной ревизией всех органов брюшной полости для исключения комбинированных травм. Из 7 наблюдавшихся нами больных у 2 хирург, обнаружив во время операции разрывы селезенки, удалил ее, но не провизировал детальной ревизии органов брюшной полости. Оба больных умерли, так как у них не были замечены и ушибы разрывы кишечника и желудка.

По нашим данным повреждения кишечника при закрытой травме живота чаще сочетались с разрывом печени или селезенки. Огнестрельные и ножевые ранения были множественными. У большинства пострадавших был поврежден свободный край кишки, у некоторых — на месте прикрепления брыжейки, где иногда разрывы и ранения могут остаться незамеченными. У одного больного с комбинированной травмой органов брюшной полости было обнаружено нарушение целости желчного пузыря, и он был удален. Некоторые авторы рекомендуют ушивать стенку желчного пузыря и сохранять его. Однако при наличии больших дефектов, выраженных изменений в стенке желчного пузыря (воспаление, пропитывание кровью и желчью) мы считаем показанной холецистэктомию.

Лица с комбинированными травмами грудной и брюшной полостей — это наиболее тяжелый контингент пострадавших. При комбинированных повреждениях органов грудной и брюшной полостей этапность операции диктуется степенью тяжести повреждений и должна быть направлена на ликвидацию кровотечения (при его наличии). Целесообразней вначале выполнить торакотомию с ликвидацией последствий повреждений, а затем производить лапаротомию (при отсутствии внутрибрюшинного кровотечения).

## ВЫВОДЫ

1. Комбинированные повреждения органов грудной и брюшной полости трудны для диагностики и дают высокую летальность.

2. Необходимо в кратчайшие сроки доставлять пострадавших в стационар, где возможно оказание квалифицированной помощи начиная с приемного отделения.

3. Методом выбора обезболивания в настоящее время следует считать общий фарно-кислородный эндотрахеальный наркоз с применением миорелаксантов.

4. Первостепенное значение имеет правильное и своевременное проведение противозшоковых и реанимационных мероприятий в пред- и послеоперационном периоде.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Збыковская Л. А., Зетель Ф. З., Золотовская В. А., Керимова Е. С., Мешкова В. Н., Микеладзе К. Д., Петров Б. А., Фидрус Е. И. Тр. научной сессии ин-та им. Склифосовского, посвященной памяти С. С. Юдина. М., 1961.—2. Никифоров М. И. Хирургия, 1958, 7.—3. Саламатин Б. Н. Клин. хир. 1966, 1.—4. Святухин В. М., Лобачев С. В., Стручков В. И. Руководство по хирургии. М., Медгиз, 1962, т. 8.—5. Юрасов Е. Е. Сов. хир., 1935, 3.

УДК 616—073.7—616—089—616—366.367

## ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ И ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ

М. З. Сигал и Г. И. Дряженков

Кафедра хирургии и онкологии № 2 (зав. — проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и хирургическое отделение (зав. — Г. И. Дряженков) больницы им. Пирогова г. Рыбинска (главврач — А. И. Лисовский)

При операциях на внепеченочных желчных протоках и желчном пузыре встречается ряд трудностей в выяснении характера и локализации патологического процесса. Наиболее распространенными вмешательствами в этой области являются операции по поводу желчнокаменной болезни. Определение наличия конкрементов в том или ином участке желчевыводящих путей во многих случаях весьма сложно, а иногда и невозможно [2, 4, 7, 8, 13]. Тем более нелегко решить вопрос о показаниях к холецистэктомии при бескаменных холециститах. Для преодоления ошибок и осложнений, возникающих при операциях на желчном пузыре и протоках, как известно, разработаны дополнительные методы операционной диагностики — холангография, холангиоманометрия, диагностическая холедохотомия, зондирование протоков, холедохоскопия. Г. Г. Караванов (1965) проверял проходимость фатерова соска введением светящегося зонда. Однако эти методы имеют определенные ограничения. Вскрытие протока является дополнительным оперативным приемом, который осложняет операцию и течение послеоперационного периода. Холангография, судя по данным ряда авторов [1, 5, 9, 10, 14], часто не обеспечивает выявление конкрементов малых, а иногда и значительных размеров. Hicken и Allister (1964) выполнили 2000 холедохотомий. При этом у 1293 больных обнаружены камни. Оказалось, что при холедохолитотомиях без холангографии на операционном столе камни оставлены в 19%, при применении холангографии — в 11%. При положительных рентгенологических данных камни в протоках не были найдены в 2%.

Наблюдается слияние теневых рисунков, связанных с рентгеноконтрастным веществом и с конкрементом. Во многих случаях холедохотомия, если она систематически выполняется, устанавливает отсутствие достаточных оснований для этого вмешательства.

Разрабатывая методику исследования в проходящем свете при вмешательствах на желудке, один из нас [6] отмечал, что оно может получить применение и при операциях на других полых органах, в частности на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках. В последнее время мы систематически изучали этот вопрос и убедились, что трансиллюминационное исследование желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков открывает новые возможности операционной диагностики.

Методика принципиально не отличается от ранее описанной одним из нас для других полых органов. Наиболее простым и доступным способом является внеполосная трансиллюминация. Источник света в виде лампочки небольшого калибра, соединенной с понижающим трансформатором, помещают за исследуемой зоной. Желчный пузырь таким образом может быть изучен на всем протяжении от шейки до дна, за исключением участка, прикрытого печенью. Для исследования шейки, пузырного протока и холедоха источник света вводят через винцово отверстие кзади от этих образований в область печеночно-двенадцатиперстной связки. При