

ВИДЫ ЗАБРЮШИННЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА И МЕТОДЫ ИХ ДРЕНИРОВАНИЯ

С. В. Доброквашин, А. Х. Давлетшин

*Кафедра травматологии, ортопедии и военно-волевой хирургии (зав.—проф. Р. А. Зулкарнеев),
кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией
(зав.—доктор мед. наук А. Х. Давлетшин)*

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В структуре травм мирного времени повреждения живота и органов брюшинного пространства составляют 1,5—4% [1, 2], более того, отмечается тенденция к росту их числа [7]. Многие вопросы диагностики и тактики лечения травм живота, осложненных брюшинными кровоизлияниями, являются серьезной и не до конца решенной проблемой неотложной хирургии [3]. Летальность при этой патологии остается высокой и достигает 65,7—67% [4, 5]. Схемы лечения брюшинных кровоизлияний составляются без учета источников их возникновения, зон и путей распространения. Способы и сроки дренирования предлагаются без учета топографоанатомического строения очага травмы.

Изучение источников, зон и путей распространения брюшинных кровоизлияний нами проведено на 30 неформализованных трупах скоропостижно скончавшихся людей. Исследования показали, что они зависят от конкретного поврежденного сосуда и анатомического строения органов и их топографоанатомического взаимоотношения в области повреждения. Выявлено четыре типа брюшинных кровоизлияний. Кровоизлияния первого вида образуются при повреждении двенадцатиперстной кишки и ее сосудов. Они распространяются по медиальному и латеральному краям органа, напоминая по форме удвоенный серп, могут переходить в паракольное пространство справа. При повреждении поясничных вен формируются кровоизлияния второго вида. Они локализуются в поясничной области; кровь изливается в клетчатку малого таза, не достигая околопочечной и собственно жировой клетчатки брюшинного пространства. Источником третьего вида кровоизлияний являются повреждения почки и ее сосудов (гематомы располагают-

ся в околопочечной и околопочечной клетчатке), четвертого вида— травма I—III поясничных позвонков (распространяются на корень брыжейки тонкой кишки).

Экспериментальные данные о формировании четырех видов брюшинных кровоизлияний подтверждены при изучении 200 актов судебно-медицинских вскрытий людей, скончавшихся в результате закрытой травмы живота, осложненной брюшинным кровоизлиянием, они были также верифицированы с операционными находками.

На основании результатов экспериментальных и клинических исследований, вследствие которых были выявлены четыре вида брюшинных кровоизлияний, нами предложена и топографоанатомически обоснована рациональная методика их дренирования. С 1987 г. используем дренаж гидратцеллюлозной пленкой (ГЦП), предложенный Ю. Г. Шапошниковым [6], в нашей модификации. Дренаж готовим из ГЦП, применяемой для диализных мембран в аппарате «искусственная почка». Пленку складываем в плоский пакет в виде гармошки. Экспериментально установлено, что оптимальное дренирование достигается в том случае, если гофрированная пленка имеет 10—15 плоскостей с длиной ребра от 10 до 30 см и шириной от 0,5 до 1,5 см. Мы соединяем три указанных выше дренажа вместе, вкладываем в резиновую перчатку, что дает возможность через один разрез дренировать три отдела кровоизлияния: в области источника, выше и ниже его, защитив окружающие ткани от затекания раневого отделяемого.

При первом виде кровоизлияний дренирование проводим через контрапертуру, сделанную по биссектрисе угла, образованного наружным краем длинных мышц спины и нижним кра-

ем XII ребра, отступя от вершины на 5—6 см кпереди. Разрез ведем снизу вверх параллельно XII ребру и ниже него на 1,5—2,0 см, пересекая линию Лесгафта на 1/3 своей длины. Дренаж подводим к задней стенке нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.

При втором виде дренирование осуществляем через треугольник Пти соответствующей стороны, при третьем — через отдельный разрез соответствующей стороны, который начинаем от наружного края длинных мышц спины, ведем параллельно и ниже XII ребра на 1,5—2,0 см, не пересекая линию Лесгафта, и, наконец, при четвертом — через отдельный разрез на передней брюшной стенке к корню брыжейки тонкой кишки.

Следует подчеркнуть, что дренирование выполняется после устранения повреждений органов живота по общепринятым правилам, опорожнения кровоизлияния, его ревизии с целью поиска и по возможности ликвидации источника кровотечения в забрюшинное пространство. Для достижения поставленной цели необходим хороший доступ ко всем органам живота, что возможно только после выполнения срединной лапаротомии. Применение дренажа из ГЦП не исключает дренирования брюшной полости трубчатыми дренажами.

Дренирование по описанной выше методике осуществлено у 45 пострадавших с закрытыми травмами живота, осложненными забрюшинными кровоизлияниями, которые находились на лечении в отделении неотложной

хирургии больницы скорой медицинской помощи г. Казани с 1987 по 1991 год. При первом виде кровоизлияний оно выполнено у 11 (24,4%) больных, втором — у 12 (26,7%), третьем — у 18 (40%), четвертом — у 4 (8,9%). Каких-либо осложнений, связанных с дренированием, мы не отмечаем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер Е. А., Урман М. Г. Травма живота (клиника, диагностика, лечение).—М., 1986.
2. Козлов И. З., Горшков С. З., Волков В. С. Повреждения живота.—М., 1988.
3. Кочнев О. С., Ким И. А. Диагностическая и лечебная лапароскопия в неотложной хирургии.—Казань, 1988.
4. Марков И. Н., Алпаидзе Б. Н.//Хирургия.—1986.—№ 11.—С. 74—79.
5. Пермяков Н. К., Сапожникова М. А., Михайлова Г. В. Экстренная хирургическая помощь при травме органов брюшной полости.—М., 1983.
6. Шапошников Ю. Г.//Хирургия.—1986.—№ 5.—С. 127—129.

Поступила 14.09.92.

TYPES OF RETROPERITONEAL HEMORRHAGE IN CLOSED INJURIES OF THE ABDOMEN AND METHODS OF THEIR DRAINAGE

S. V. Dobrovashin, A. Kh. Davletshin

Summary

Four types of retroperitoneal hemorrhages are revealed as a result of the anatomic experiments on 30 unformalized corpses of persons and analysis of 200 documents of medicolegal autopsies of victims lost because of the closed injury of the abdomen, complicated by retroperitoneal hemorrhage. The method of their drainage with topographoanatomic grounds successfully used in 45 patients is proposed on the basis of the data obtained.

УДК 615.456.1

ВОСПОЛНЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В БЕЛКЕ ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ

(Выбор растворов кристаллических аминокислот и гидролизатов белка)

Е. Н. Устинов

Кафедра анестезиологии и реанимации (зав.—проф. В. Ф. Жаворонков)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского
института имени С. В. Курашова

Ранее (см. «Казанский мед. ж.», № 4, с. 257, 1993) нами был предложен универсальный способ расчета объема всех растворов кристаллических аминокислот (РКА) и некоторых гидролизатов белка (ГБ), необходи-

мых для восполнения суточной потребности в белке при парентеральном питании (ПП). Однако расчет объема препаратов для ПП на этом не заканчивается. Известно, что максимальная скорость инфузии РКА (скорость