

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В. В. Ганжий, А. И. Рылов, М. А. Кубрак, М. Б. Данилюк, О. Д. Найденов  
Запорожский государственный медицинский университет

## EXPERIENCE OF TRAUMATIC INJURY TREATMENT OF ABDOMINAL ORGANS

V. V. Ganzhiy, A. I. Rylov, M. A. Kubrak, M. B. Danilyuk, O. D. Naydenov  
Zaporozhye State Medical University

### Реферат

Проанализирован опыт лечения 272 пострадавших по поводу травмы органов брюшной полости (ОБП). Приведены особенности диагностики, лечения, динамического наблюдения за больными. Отмечена зависимость исхода лечения от сроков госпитализации и оказания квалифицированной помощи. Подчеркнута необходимость периодического повышения квалификации хирургов общего профиля с акцентом на неотложное оказание помощи пострадавшим по поводу травматического повреждения ОБП.

**Ключевые слова:** травма органов брюшной полости; экстренная хирургия.

### Abstract

Experience of treatment of 272 injured persons, suffering abdominal trauma, was analyzed. Peculiarities of diagnosis, treatment and dynamical observation of the patients are adduced. Dependency of the treatment result from terms of hospitalization and delivering qualified aid was noted. The necessity of periodical improvement of general surgeon's qualification, especially for an urgent medical help to the injured persons with traumatic abdominal injuries, are stressed.

**Keywords:** abdominal trauma; surgical emergency.

Одной из наиболее важных проблем современной хирургии являются диагностика, лечение и профилактика осложнений травматического повреждения ОБП.

По данным литературы, изолированная абдоминальная травма составляет от 1,5 до 4,5% в структуре всех видов травмы [1 — 3]. При этом отмечают неуклонное увеличение ее частоты, что связано с техническим прогрессом, увеличением числа индивидуальных транспортных средств, особенно в крупных городах. Кроме того, весомый вклад в увеличение травматизма вносят значительная криминализация общества, относительная доступность огнестрельного и холодного оружия [4, 5].

В клинической практике выделяют открытую и закрытую травму живота. Открытая травма — повреждение, которое сопровождается нарушением целостности кожи и слизистых оболочек (колотые, резаные, рубленые, огнестрельные и др.). Их разделяют на проникающие и непроникающие (с повреждением париетальной брюшины или без тако-

го). Закрытая (тупая) травма означает повреждение ОБП без нарушения целостности кожи и слизистых оболочек. Такая травма часто сопровождается повреждением полых и/или паренхиматозных органов. Именно закрытая травма представляет значительную сложность при оценке тяжести повреждения внутренних органов и связана с большой частотой диагностических, технических и тактических ошибок [6 — 8].

Цель исследования: оценить качество и своевременность оказания неотложной хирургической помощи при изолированной абдоминальной травме.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 272 пострадавших, госпитализированных по поводу травмы ОБП в период с 2011 по 2016 г. Больных лечили в условиях 1-го хирургического отделения, травматологического отделения с койками политравмы. Мужчин было 204 (75%), женщины — 68 (25%).

Возраст пострадавших в среднем ( $35,6 \pm 1,93$ ) года.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оперированы в неотложном порядке 213 (78,3%) пострадавших, у 59 (21,7%) — проводили динамическое наблюдение и консервативное лечение в связи с отсутствием показаний к оперативному вмешательству.

Из числа оперированных больных было 177 (83,1%) мужчин и 36 (16,9%) женщин. В возрасте до 30 лет было 97 (45,5%) пострадавших, от 31 до 59 лет — 78 (36,6%), от 60 до 78 лет — 38 (17,9%).

Большинство — 175 (82,1%) больных трудоспособного возраста.

Оперированы по поводу открытой травмы живота — 174 (81,7%) пострадавших, проникающего ножевого ранения — 162 (93,1%), огнестрельного ранения — 12 (6,9%). У 39 (18,3%) пострадавших выявлена закрытая травма ОБП.

Одним из важнейших факторов, влияющих на исход лечения пострадавшего при изолированной

травме живота, являются сроки оказания квалифицированной медицинской помощи. Это, в свою очередь, определяется слаженностью действий хирургической бригады и диагностическими возможностями стационара, а также сроками доставки пострадавших в клинику.

В сроки до 6 ч после травмы госпитализированы 163 (76,5%) пострадавших, от 6 до 24 ч — 39 (18,3%), позже чем через 24 ч — 11 (5,2%).

Таким образом, только 163 (76,5%) пациента госпитализированы в относительно ранние (до 6 ч) сроки после травмы. Это обусловлено поздним обращением за медицинской помощью 50 (23,5%) больных. В состоянии алкогольного опьянения в момент травмы были 224 (82,4%) пострадавших.

Оперированы в сроки до 24 ч с момента госпитализации 198 (92,9%) пострадавших, в том числе до 6 ч — 176 (82,6%), от 6 до 12 ч — 11 (5,1%), от 12 до 24 ч — 11 (5,1%), после проведения полного обследования (обзорная рентгенография и компьютерная томография ОБП, ультразвуковое исследование, клинико-биохимические анализы). При наличии явных признаков внутрибрюшного кровотечения и/или повреждения полого органа пострадавших оперировали в первый час после госпитализации, чаще по данным клинического осмотра, на фоне геморрагического шока — 79 (37,1%) или перитонита — 97 (45,5%).

Позже чем через 24 ч после госпитализации оперированы 15 (7,1%) пострадавших. Это обусловлено сложностями диагностики при поздней госпитализации — у 11 (73,3%) больных, алкогольным опьянением — у 14 (93,3%), отсутствием четкого анамнеза травмы — 4 (26,7%) пациента не помнили обстоятельств травмы.

Первое место по частоте травматизации занимали повреждения полых органов — у 118 (55,4%) пострадавших, преимущественно тонкого кишечника — у 45 (21,1%). Повреждение паренхиматозных органов выявлено у 109 (51,2%) пострадавших, чаще всего ранение печени — у

#### Оперативные вмешательства, выполненные по поводу абдоминальной травмы

Оперативное вмешательство	Число больных	
	абс.	%
Спленэктомия	22	10,3
Спленэктомия, шов желудка	14	6,6
Шов поджелудочной железы	8	3,8
Шов печени	19	8,9
Спленэктомия, шов печени	14	6,6
Шов печени, толстой кишки	11	5,2
Шов печени, тонкой кишки	9	4,2
Шов печени, желудка	8	3,8
Нефрэктомия	4	1,9
Зашивание желудка, толстой и/или тонкой кишки	14	6,6
Шов тонкой кишки	22	10,3
Зашивание мочевого пузыря, эпицистостомия	7	3,3
Шов двенадцатиперстной кишки	4	1,9
Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости	21	9,9
Лапаротомия, прошивание сосудов брыжейки	19	8,9
ПХО раны брюшной стенки	17	8
Всего ...	213	100

*Примечание.* ПХО — первичная хирургическая обработка.

61 (28,6%), ранение селезенки — у 50 (23,5%).

Оперативные вмешательства, выполненные у пострадавших по поводу травмы живота, представлены в *таблице*.

Повторные оперативные вмешательства в раннем послеоперационном периоде выполнены у 27 (12,7%) пациентов по поводу послеоперационного перитонита, у 12 (44,4%) — возникла несостоятельность первичного шва тонкой кишки и/или желудка, у 15 (55,6%) — острые язвы желудка и/или тонкого кишечника с перфорацией на фоне проводимой терапии. У всех больных произведены тщательная санация брюшной полости, бактериологическое исследование с определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам, зашивание острых язв тонкой кишки, желудка, наложение дополнительных швов при их несостоятельности, у 9 (33,3%) — резекция зоны швов с наложением межкисечного анастомоза.

Умерли 47 (22,1%) оперированных больных, из них 38 (80,9%) мужчин и 9 (19,1%) женщин, возраст в среднем (56,3 ± 1,8) года. Из них 24 (88,9%) пострадавших доставлены в

сроки от 6 до 24 ч, в том числе 7 (14,9%) — до 6 ч, 9 (19,2%) — от 6 до 12 ч, 8 (17%) — от 12 до 24 ч; 23 (48,9%) — позже чем через 24 ч с момента травмы; 28 (59,6%) — были в возрасте старше 60 лет; 9 (19,2%) — умерли во время оперативного вмешательства, 24 (51,1%) — в первые 3 ч после операции, 8 (17%) — в сроки до 24 ч после операции, 6 (12,8%) — после релапаротомии. Госпитализированы с открытой травмой живота 44 (93,6%) пострадавших, 9 (20,5%) — с огнестрельными ранениями ОБП; 3 (6,4%) — с закрытой травмой живота.

За последние годы консервативная терапия по поводу изолированной травмы ОБП проведена 59 (21,7%) пострадавшим. Все они находились в стационаре под динамическим наблюдением. Продолжительность их лечения в стационаре в среднем (6,2 ± 1,9) дня. У 21 (35,6%) из них выявлена массивная гематома передней брюшной стенки, что не требовало оперативного вмешательства, у остальных — ушиб органов брюшной полости, также не требовавший хирургического вмешательства. Все пациенты живы, выписаны в удовлетворительном состоянии.

## ВЫВОДЫ

1. Травматическое повреждение ОБП — одна из сложных проблем неотложной хирургии. Несмотря на значительные достижения в этой области, отмечена высокая (22,1%) летальность в связи с поздней обращаемостью пострадавших за медицинской помощью, а также тяжестью повреждения: у 42 (89,4%) из них были множественные ранения ОБП, сопровождавшиеся геморрагическим и травматическим шоком, перитонитом.

2. В раннем послеоперационном периоде релапаротомия выполнена у 12,7% больных.

3. Возможным вариантом улучшения ситуации может быть периодическое повышение квалификации хирургов общего профиля с акцентом на особенности оказания неотложной помощи пострадавшим по поводу травматического повреждения ОБП.

4. Важным аспектом в повышении качества оказания помощи таким пострадавшим является специа-

лизация хирургов по ультразвуковой диагностике, компьютерной томографии и видеоэндоскопическим методам диагностики. Это поможет уменьшить частоту диагностических ошибок, запоздалой лапаротомии и летальности у пострадавших при травматическом повреждении ОБП.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов ММ, Лебедев НВ, Малярчук ВИ. Диагностика и лечение повреждений живота. Хирургия. 2001;(6):24—8.
2. Анисимов АЮ, Быков РА. Хирургическое лечение пострадавших с травмой печени. Анналы хирургической гепатологии. 2007;12(3):246—7.
3. Жураев ТХ. Повреждение паренхиматозных органов при сочетанных травмах. Актуальные вопросы хирургии повреждений. Материалы респ. науч. практ. конф. хирургов и травматологов. Турсунзаде, 2006:27—8.
4. Анкин ЛН. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы). Москва, 2004:171—6.
5. Ковалев АИ. Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии. Москва: Бином, 2011. 360 с.
6. Панкратов АА, Хатьков ИЕ, Израилов РЕ. Возможность консервативного ведения закрытой и открытой травмы печени различной степени тяжести. Альманах клинической медицины. 2015;(40):132—7.
7. Савельев ВС, редактор. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Москва, 2005. 640 с.
8. Тимербулатов ВМ, Хасанов РР, Фаязов РР. Миниинвазивные и органосберегающие операции при травмах живота. Хирургия. 2002;(4):29—34.

