

УДК 617.541/.55-001.4

ГРИНЦОВ А.Г., КУНИЦКИЙ Ю.Л., ХРИСТУЛЕНКО А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И ЖИВОТА

**Резюме.** Авторами проанализированы результаты лечения 52 больных с сочетанной закрытой травмой груди и живота. Отмечены трудности диагностики объема и характера повреждений, которые связаны с наличием сочетанной черепно-мозговой травмы, травматического и геморрагического шока, алкогольного опьянения, с тяжелым состоянием пострадавших. В диагностике отдают предпочтение инструментальным методам исследований.

**Ключевые слова:** сочетанная закрытая травма груди и живота, особенности клинического течения.

### Введение

В настоящее время хирургическое лечение больных с сочетанной закрытой травмой груди и живота представляет собой довольно сложную и окончательно не решенную проблему [5]. Изолированные повреждения внутренних органов встречаются в 4,2 % случаев, а множественные и сочетанные — в 18,4 % [1]. При этом тяжелые внутригрудные и внутрибрюшные повреждения в результате, например, дорожно-транспортных происшествий наблюдаются у 30–35 % пострадавших. Летальность при сочетанной травме достигает 35–60 % [1]. При сочетанной травме (политравме) закрытая травма грудной клетки встречается у 80 % пострадавших, сопровождается переломами ребер у 90 % пострадавших, из них у 60 % — множественными переломами [2, 6]. Большое значение для достижения положительных результатов имеет время от момента получения травмы [4].

### Материалы и методы исследования

Использованы клинические, рентгенологические методы исследования, включая рентген-исследование в динамике. Использованы также лапароскопия, торакоцентез в общем комплексе мероприятий для диагностики внутриплевральных и внутрибрюшных осложнений закрытой сочетанной травмы груди и живота. Клиника располагает опытом лечения 52 больных с закрытой сочетанной травмой груди и живота.

Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет. Средний возраст пострадавших составил 38,9 года, что соответствует данным литературы [3].

Бытовая травма имела место у 46, производственная — у 6 чел. Среди пострадавших в результате бытовой травмы причинами госпитализации были: падение с высоты — у 18, ДТП — у 7, сдавление грудной клетки — у 1 чел., были избиты 20 больных.

Среди пострадавших в результате травмы на производстве основным повреждающим фактором было

сдавление (шахтная травма) или удар тяжелым предметом.

Из 52 больных оперирован 31, пролечен консервативно 21 больной.

Особенностью сочетанной закрытой травмы у анализируемой группы больных явилось то, что большая часть из них доставлена в состоянии травматического и геморрагического шока (у 12 из них шок третьей степени тяжести). У 11 пострадавших сочетанная закрытая травма груди и живота сочеталась с закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ) — сотрясением головного мозга. Последний факт значительно затруднял сбор анамнестических данных о характере и механизме действия повреждающего фактора в результате ретроградной амнезии. У 7 больных с бытовой травмой констатировано алкогольное опьянение, что также создавало определенные трудности в постановке диагноза из-за неадекватной субъективной и объективной оценки своего состояния. И наконец, тяжесть состояния больных с сочетанной травмой (у 29 оно расценено как средней степени тяжести) ограничивала возможность использования дополнительных методов диагностики в связи с уменьшением времени, отведенного для их применения (компьютерная томография, сонография, выполнение рентгенологических методов исследования).

Таким образом, факторами, затрудняющими и ограничивающими использование специальных методов диагностики объема и характера повреждений при сочетанной закрытой травме груди и живота, являются:

- наличие травматического и геморрагического шока;
- наличие сочетанной черепно-мозговой травмы;
- алкогольное опьянение;
- тяжелое состояние пострадавших.

Среди 31 оперированного больного структура повреждений была следующей:

— разрыв селезенки с внутриутробным кровотечением — у 15 больных. У 2 из них разрыв селезенки сочетался с разрывом правой доли печени (1), левой почки (1), левого купола диафрагмы (1);

— изолированный разрыв правой доли печени с внутриутробным кровотечением отмечен у 7 пострадавших;

— разрыв тонкой кишки констатирован у 3 больных (у 1 из них — множественный);

— разрыв почки с забрюшинной гематомой имел место у 1 больного;

— разрыв брыжейки тонкой кишки с внутриутробным кровотечением имел место у 3 пострадавших;

— массивная забрюшинная гематома отмечена у 1 больного.

Закрытая травма груди представлена следующими повреждениями:

— односторонний перелом ребер — у 23 больных (у 19 больных — 1–2 ребра, у 4 — множественный);

— двухсторонний перелом ребер — у 5 больных (у одного — 2 ребра, у 4 больных — множественный).

Гемопневмоторакс выявлен у 5 пациентов, изолированный пневмоторакс — у 7 (у 2 из них — двухсторонний).

Основной жалобой у больных с сочетанной травмой груди и живота являлась боль в области повреждения — области перелома ребер с выявлением резкой болезненности (у всех пострадавших), крепитации костных отломков и подкожной эмфиземы (у 7 больных). Характерны были также чувство сдавления в груди, одышка в покое у пострадавших с пневмотораксом, особенно выраженная у больных с наличием двустороннего пневмоторакса. У пострадавших, находящихся в тяжелом состоянии, налицо были признаки шока — акроцианоз, признаки централизации кровообращения, гипотония, слабый, частый пульс.

У больных с наличием повреждений внутренних абдоминальных органов ведущей жалобой была боль в различных отделах живота. Боль в большинстве случаев проецировалась на место повреждения (правое, левое подреберье) и объективно сопровождалась признаками перитонита (при повреждении полого органа) либо внутрибрюшного кровотечения (при повреждении паренхиматозного органа — печени, селезенки, почки, поджелудочной железы). Клинически выявлялись напряжение мышц и положительный симптом Щеткина — Блюмберга либо положительный симптом Куленкампа при мягкой передней брюшной стенке. При массивном внутрибрюшном кровотечении отмечались признаки геморрагического шока с выраженной гипотонией (50/0 мм рт.ст.), отсутствием пульсации на периферических сосудах.

Существенной особенностью сочетанной травмы груди и живота явился тот факт, что у больных с травмой нижних ребер пальпаторно выявлялось напряжение мышц передней брюшной стенки на соответствующей стороне. Именно поэтому у 6 больных при подозрении на повреждение внутренних органов брюшной полости выполнен диагностический лапа-

роцентез, хотя повреждение внутренних органов не выявлено. Данный факт объяснялся сочетанной единой иннервацией указанных отделов грудной клетки и передней брюшной стенки, что часто обуславливает рефлекторное напряжение мышц живота. В подобных ситуациях абсолютно показано проведение лапароцентеза, поскольку исключить повреждение внутренних органов на основании клинических данных, особенно на фоне ЗЧМТ, алкогольного опьянения, не представляется возможным. Лапароцентез с целью диагностики выполнен 29 больным, среди которых у 23 он предшествовал лапаротомии и оказался весьма полезным, особенно в сомнительных случаях у больных, находящихся в тяжелом состоянии, когда объективные признаки не могут быть признаны достоверными.

В случае отсутствия выделения крови из брюшной полости в последнюю вводили дренажную трубку на 2–3 суток с постоянным лаважем брюшной полости и осуществлением контрольной функции. В одном случае в диагностике двухфазного разрыва селезенки ведущую роль сыграло УЗ-исследование, в результате которого была выявлена субкапсулярная гематома селезенки. Появление клинических признаков кровотечения и выделение крови через оставленную дренажную трубку во время лапароцентеза либо при динамическом наблюдении за больным позволили вовремя выполнить лапаротомию и спленэктомию.

Двум больным в сроки 6 и 9 суток выполнена релапаротомия в связи с ранней спаечной кишечной непроходимостью. Летальных исходов не наблюдали.

Торакоцентез с последующим дренированием плевральной полости (у 1 больного с 2 сторон) выполнен у 10 больных. Показанием к данной манипуляции служили пневмоторакс, гемоторакс или сочетание первого со вторым. Дренаж по Бюлау удаляли после контрольной рентгенографии грудной клетки, свидетельствующей об отсутствии газа, жидкости, наличии расправленного легкого.

Таким образом, средний возраст пострадавших с закрытой сочетанной травмой груди и живота составил 38,9 года. Преобладает бытовая травма. Факторами, затрудняющими диагностику внутриплевральных и внутриабдоминальных осложнений, являются травматический и геморрагический шок, сочетанная черепно-мозговая травма, алкогольное опьянение, тяжелое состояние пострадавшего.

В том случае, когда тяжесть состояния не позволяет использовать дополнительные методы исследования (рентген-исследование, УЗИ), абсолютно показаны торакоцентез и лапароцентез.

Результаты лечения зависят от правильной диагностики внутриплевральных и внутрибрюшных осложнений, что, в свою очередь, определяется своевременной госпитализацией пострадавших в специализированные хирургические клиники.

## Выводы

1. При сочетанной закрытой травме груди и живота трудности диагностики обусловлены сочетанием

указанного виду травми с ЗЧМТ, травматическим и геморрагическим шоком, алкогольным опьянением, тяжелым состоянием пострадавших.

2. Ведущими методами диагностики объема и характера повреждений при сочетанной закрытой травме груди и живота являются обзорная рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости, торакоцентез, лапароцентез, УЗИ органов брюшной полости.

3. Залогом успеха лечения пострадавших с закрытой сочетанной травмой груди и живота является их своевременная госпитализация в специализированную хирургическую клинику.

## Список литературы

1. Гринцов А.Г., Буценко В.Н., Куницкий Ю.Л. и др. *Симптомы и синдромы неотложной хирургии живота.* — Донецк, 2001. — 60 с.

2. Кочегаров О.В. *Распознавание повреждений легких при сочетанной травме груди* // Хирургия. — 2002. — № 10. — С. 18-23.
3. Козлов И.З., Горшков С.З., Волков В.С. *Повреждения живота.* — М.: Медицина, 1998. — 224 с.
4. Перцов В.И., Моряк О.Ю., Телушко Я.В. и др. *Лечебная тактика при закрытой травме грудной клетки* // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2005. — № 3. — С. 1-5.
5. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А., Михопулос Т.А. *Повреждения живота.* — М.: Медицина, 1986. — 253 с.
6. Webb W.R., Besson A. // *Thoracic surgery: surgical management of chest injuries.* — Mosby year book, 1991. — 563 p.

Получено 14.10.12 □

Гринцов О.Г., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.О.  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького

Grintsov A.G., Kunitsky Yu.L., Khristulenko A.A.  
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,  
Donetsk, Ukraine

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ДІАГНОСТИКИ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ ГРУДЕЙ І ЖИВОТА

**Резюме.** Авторами проаналізовано результати лікування 52 хворих із поєднаною закритою травмою грудей і живота. Відзначено труднощі діагностики обсягу та характеру ушкоджень, що зв'язані з наявністю черепно-мозкової травми, травматичного й геморагічного шоку, алкогольного сп'яніння, з важким станом потерпілих. У діагностиці віддають перевагу інструментальним методам дослідження.

**Ключові слова:** поєднана закрыта травма грудей і живота, особливості клінічного перебігу.

## FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE AND DIAGNOSIS IN COMBINED TRAUMA OF THE CHEST AND ABDOMEN

**Summary.** The authors analyzed the outcomes of treatment of 52 patients with a combined trauma of the chest and abdomen. The problems in diagnosing the size and character of injuries associated with combined craniocerebral trauma, traumatic and hemorrhagic shock, alcoholic intoxication, with severe condition of victims were detected. In diagnosis the instrumental method is preferable.

**Key words:** combined closed trauma of the chest and abdomen, peculiarities of a clinical course.