

КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ

К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А.Н. Пугачев

Кафедра госпитальной хирургии
Ярославская государственная медицинская академия
ул. Революционная, 5, Ярославль, Россия, 150000

За 18 лет в клинике госпитальной хирургии ЯГМА оперировано 622 больных с сочетанными и множественными повреждениями органов брюшной полости, что составило 43% от всех травм брюшной полости. Среди пострадавших мужчин было 528 (84,89%), женщин — 94 (15,11%) в возрасте от 16 до 79 лет. Преобладающими являлись колото-резаные ранения, которые в 72% случаев приводили к сочетанным и множественным повреждениям. На втором месте — закрытая травма живота (24% случаев). С множественной травмой органов брюшной полости оперировано 70% пострадавших, с сочетанной — 30%. В структуре сочетанной травмы торакоабдоминальные и абдоминалоракальные ранения составили 53,56%, ранения органов забрюшинного пространства, в т.ч. и магистральных сосудов — 46,44%. Более чем в 40% случаев сроки госпитализации не превышали часа от момента получения травмы, в 6% случаев срок госпитализации 3 часа.

Ключевые слова: сочетанная травма, травматический шок, геморрагический шок, шоковые травмы.

Для оценки тяжести травмы использовали показатели гемодинамики, шокового индекса, степени кровопотери, а также шкалу ВПХ СП. С учетом данных критериев при постановке диагноза шок последний, в свою очередь, подразделяли на геморрагический (ГШ) и травматический (ТШ). При анализе полученных данных установлено, что в состоянии шока госпитализировано 416 пациентов (70%), из них: шок I степени выявлен у 20%, II — у 17%, III степени — у 20%, в терминальном состоянии госпитализировано 10% пострадавших. Частота ГШ составила 68,51%, ТШ — 31,49% случаев. Повреждение двух органов имело место в 70% случаев, трех — в 23%, четырех и более — в 6,75%. Среди повреждений доминировали полые органы, а также печень и селезенка. Оперативное лечение в первую очередь было направлено на остановку кровотечения и ушивание дефекта поврежденного органа. Критериями очередности оперативного пособия при сочетанной и множественной травме являлись локализация раневого канала, выраженность

нарушений гемодинамики и функции внешнего дыхания. В большинстве случаев оперативный доступ ограничивался лапаротомией (565 случаев), торакотомией — у 8 пострадавших, сочетание лапаротомии с торакотомией выполнено у 29 больных, торакотомии с лапаротомией — у 17, двухсторонняя торакотомия с лапаротомией — 3 больным.

Исследования, направленные на изучение патогенеза шока при травме, показали, что уже на начальных стадиях появляются нарушения со стороны симпатической нервной системы. Это проявлялось изменениями вегетативного индекса и показателей кардиоинтервалографии. Указанные параметры превысили показатели контроля в зависимости от степени шока в 10—20 раз. Наиболее выраженные отклонения отмечены при ТШ. Механизмы выявленных нарушений в последнее время не отличаются достаточной определенностью. Это заставило нас выполнить в данном направлении дополнительные исследования у 30 больных. При исследовании гуморальной части симпатической вегетативной нервной системы (адреналина, норадреналина, дофамина) выявлено, что при прогрессировании шока активация симпатико-адреналовой системы возрастает. По сравнению с ГШ, при ТШ отклонения были более значительными и превышали аналогичные показатели на 12—30%. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированной предоперационной подготовки у больных с учетом выявленных изменений. Концентрация в плазме крови серотонина и гистамина показала, что ее изменения также определяются разновидностью шока. При ТШ нарушения более отчетливы. По-видимому, отмеченные изменения лежат в основе колебаний параметров гемодинамики. Установлено, что с нарастанием тяжести шока, независимо от его разновидности, преобладают нарушения гемодинамики по гиперкинетическому типу. Эукинетический тип кровообращения отмечен только у 9% случаев при ГШ I степени.

При анализе послеоперационного периода установлено, что осложнения наблюдали в 15,27% (у 95 пострадавших) случаев, при этом они чаще возникали у пациентов с ТШ (в 22,9% случаев). В группе пациентов без шока послеоперационный период протекал с осложнениями в 13% случаев. Из 622 больных с травмой летальные исходы наблюдали у 67 пострадавших, что составило 10,77%. При сочетанной травме летальность составила 16,39%, при множественной — 8,42% случаев. В первый час госпитализации летальность составила 8,11%, от 1 до 3 часов — 10,43%, более 3 часов — 32,43%. При развитии шока летальность — 15,63%. При ТШ уровень летальности (18,32%) превышал аналогичные показатели ГШ (14,39%). В зависимости от повреждения доминирующего органа наиболее высокая летальность наблюдалась при повреждении магистральных сосудов (60%), сердца (60%), 12-перстной кишки (31%).

Таким образом, теоретические предпосылки для улучшения результатов лечения данного контингента больных, в первую очередь, связаны со своевременной коррекцией выявленных исходных нарушений. Эти моменты, по-видимому, должны быть определяющими и в выборе хирургического пособия.

TO THE ASSESSMENT OF RESULTS OF TREATMENT OF ABDOMINAL POLYTRAUMA

A.N. Pugachev

Department of hospital surgery
Yaroslavl state medical academy
Revolutsionnaya str., 5, Yaroslavl, Russia, 150000

622 patients with abdominal polytrauma were studied. At the time of admission frequency of shock was 70%. Found that with the progression of shock is activation of the sympathetic-adrenal system, which is most significant in traumatic shock. The overall mortality rate was 10,77%. The level of mortality depends on the severity of shock, the time pre-hospital period and the dominant injury.

Key words: polytrauma, traumatic shock, hemorrhagic shock, shock-producing injuries.