

К ВОПРОСУ О ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Петухов И. А., Зеньков А. К., Свицкий А. Т.

Кафедра госпитальной хирургии

Закрытая травма живота остается и в настоящее время одной из сложных проблем хирургии. При поступлении больного врачу необходимо прежде всего убедиться, повреждены ли у него органы брюшной полости или только брюшная стенка. Решение этого вопроса затрудняется рядом моментов: отсутствие локальных признаков приложения травмирующей силы в виде ссадины кожи живота, кровоподтеков; множественные повреждения, когда закрытая травма живота сочетается с повреждением других частей тела и может маскироваться ими; потеря сознания у больного; алкогольное опьянение; тяжесть состояния больного, исключающая возможность применения дополнительных методов исследования и др. Все это приводит к диагностическим и тактическим ошибкам. Дело усложняется и тем, что оперативные вмешательства часто приходится проводить при наличии неликвидированного шока. Окончательно не решен вопрос о выборе обезболивания при операциях по поводу травм живота. Требуют дальнейшей разработки такие вопросы, как методы остановки кровотечения и желчеоттока при значительных разрушениях печени, профилактика и лечение перитонита и др.

За 20 лет (1954—1973 гг) в клинике лечилось 392 больных с травмами живота, из них 183 (46,4%) с закрытыми. Возраст больных был от 1 до 90 лет, но преобладающее большинство имели возраст от 18 до 50 лет. 86 человек получили травму в быту, 53 — на производстве, у 41 — была автодорожная травма. 149 больных доставлены машиной скорой медицинской помощи, 34 — попутным транспортом. В первые 2 часа после травмы поступило 73 больных (39,9%), в сроки от 2 до 6 часов — 48 (26,2%), позже 6 часов — 62 (33,9%). 19 больных поступили в состоянии алкогольного опьянения. 38 больных поступили в шоковом состоянии, из них 8 без сознания.

Из 183 пострадавших с закрытыми травмами живота у 129 (70,5%) были повреждены внутренние органы. У 4 больных был поврежден желудок, у 1—двенадцатиперстная кишка, у 34—тонкий кишечник, у 4—толстый кишечник, у 5—мочевой пузырь, у 22—печень, у 11—селезенка, у 3—поджелудочная железа, у 4—брыжейка тонкого кишечника, у 1—малый сальник, у 37—почка, у 6 была забрюшинная гематома. Изолированные повреждения полых органов наблюдались у 35 больных, паренхиматозных—у 51, у остальных 43—они были в различных сочетаниях друг с другом. У 49 больных, кроме того, были повреждены другие участки тела (голова, грудная клетка, таз, конечности).

Наиболее частыми симптомами при изолированных повреждениях полых органов нами отмечены боли в животе, усиливающиеся при движении больного и при пальпации живота. В ранние сроки, кроме общей болезненности живота, удается обнаружить место наибольшей болевой чувствительности. Такая локализация часто проецируется с места поврежденного органа. Нарастание болевых ощущений в животе всегда является настораживающим признаком неблагоприятного состояния органов живота. Напряжение брюшных мышц отмечено у 29 из 48 больных с повреждением полых органов. Хотя это очень важный признак, но он иногда встречается и при ушибе живота без повреждения внутренних органов. Нами был он отмечен у 9 больных с ушибом живота без повреждения внутренних органов. Характерно, что при ушибе стенки живота напряжение мышц постепенно исчезает, а при повреждении полых органов не только остается, но даже нарастает в ближайшее время. Сухой язык отмечен у 21 больного, перистальтические шумы кишечника не прослушивались у 25, пневмоперитонеум выявлен у 6 больных. Притупление перкуторного звука в отлогих местах живота отмечено у 6 больных. Частый пульс был у 26 больных, рвота и вздутие живота наблюдались редко и в более поздние сроки.

С разным перитонитом поступило 12 больных и все они поступили позже 6 часов с момента травмы.

Недостаточно тщательно собранный анамнез у 3 наших больных привел к диагностической ошибке: у 2 был поставлен диагноз острого аппендицита, у 1—прободной язвы желудка. Во время операции у этих больных обнаружен разрыв тонкой кишки.

Ранними симптомами повреждения печени являются боли в животе с иррадиацией в правое плечо, шок различной сте-

пени, симптомы внутреннего кровотечения, а при истечении желчи — симптомы раздражения брюшины. С субкапсулярным повреждением печени было 8 больных. Они жаловались на боли в области правого подреберья, отмечалась болезненность и напряжение мышц в этой области, ограничение подвижности правого купола диафрагмы, у 2 больных в последующие дни отмечалась желтушность склер.

При повреждении селезенки частым симптомом является обморочное состояние в связи с внутренним кровотечением. 3 наших больных поступили в бессознательном состоянии. У 4 больных боли локализовались в левой половине живота, больше в левом подреберье, а у остальных они носили разлитой характер. У 5 больных было выраженное напряжение мышц брюшной стенки. У 8 в разной степени выраженный симптом Щеткина—Блюмберга. Наличие свободной жидкости в брюшной полости до операции было выявлено у 4 больных. Затруднения в диагностике бывают при подкапсулярных разрывах селезенки, особенно, если они сочетаются с переломами ребер слева или черепно-мозговой травмой. Так, у одного больного с переломом 10 ребра слева не был распознан подкапсулярный разрыв селезенки. Через 3 дня после выписки из стационара у него наступил разрыв капсулы селезенки и он был госпитализирован с диагнозом перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, а на операции выявлен разрыв селезенки.

Основным правилом для избежания возможных ошибок является вдумчивая, клиническая оценка состояния больного в динамике. При затруднениях в диагностике закрытой травмы живота нужно прежде всего составить план исследования пострадавшего: 1) детальный анамнез; 2) внимательный общий осмотр; 3) динамическое исследование артериального давления, пульса и дыхания; 4) осмотр живота, перкуссия, пальпация, аускультация, пальцевое исследование прямой кишки; 5) лабораторные и рентгенологические исследования. Длительное выжидание и наблюдение может привести к развитию разлитого перитонита или необратимых изменений в организме на почве шока и кровопотери, а противошоковые мероприятия оказывают при этом часто кратковременный эффект. В случае сомнений не следует ожидать появления более выраженных симптомов повреждения внутренних органов, а произвести диагностическую лапаротомию. С этой же целью в клинике Военно-полевой хирургии ВМОЛА им. С. М. Кирова пользуются лапароцентезом (А. Н. Беркутов, Г. Н. Цыбуляк, В. Е. Закурдаев, 1970). Мы в подобных случаях производим диагностиче-

скую пункцию брюшной полости иглой, сконструированной А. Ф. Жлоба (1962).

Всего в клинике оперировано 74 (40,4%) больных с закрытой травмой живота, консервативно лечились 55. Под местным обезболиванием операция выполнена у 18 (24,4%), под наркозом — 56 (75,6%), в том числе под масочным — 15, под эндотрахеальным — 41 больной. Продолжительность операции от 43 минут до 3 часов. До, во время операции и в послеоперационном периоде для борьбы с шоком и с целью профилактики необратимых изменений в организме проводили комплекс реанимационных мероприятий (переливание крови внутривенно или внутриаартериально, переливание кровезамещающих жидкостей, введение сердечных средств и другие).

Наш клинический опыт дает основание считать, что лучшим методом обезболивания при операциях по поводу закрытых травм живота является эндотрахеальный наркоз с мышечными релаксантами и управляемым дыханием. Этот вид обезболивания обеспечивает хорошую релаксацию брюшной стенки, что дает возможность произвести полноценную ревизию брюшной полости, что особенно важно при множественных повреждениях внутренних органов; обеспечивает хорошую оксигенацию, сокращает сроки оперативных вмешательств, уменьшает расход наркотических веществ.

Из оперативных вмешательств производились следующие: резекция кишечника — 6, резекция желудка — 1, спленэктомия — 11, нефрэктомия — 3; у остальных больных при повреждении полых органов и печени производилось их ушивание.

При операциях мы придерживались тактики органосохраняющих операций как при травме полых, так и паренхиматозных органов. Там, где имели место большие разрушения кишечника, отрыв ее брыжеек, большие разрывы желудка, производили резекцию поврежденных участков этих органов. Нефрэктомии производили в тех случаях, когда из-за больших повреждений почки нельзя было произвести ушивание.

9 больным с повреждением печени произведено ушивание разрывов. Для лучшей остановки кровотечения и желчетечения с целью тампонады раны в 4 случаях был использован сальник на ножке, у 2 больных — свободный сальник. Рациональные методы лечения разрывов печени заключаются в удалении нежизнеспособных участков ткани. Наложение швов на раны центральной зоны может сдавить сосуды и желчные ходы, вызвав нарушение кровообращения долей и сегментов печени и оттока желчи. Поэтому следует либо обработать рану и

ушить сосуды и желчные протоки, либо резецировать соответствующий сегмент и долю.

При наличии перитонита, больших разрушениях печени и полых органов проводилось дренирование брюшной полости, промывание ее раствором фурацилина (1:5000), орошение растворами пенициллина и стрептомицина. Кроме того, назначались антибиотики внутримышечно.

Из 183 больных с закрытой травмой живота всего умерло 22 (12%), в том числе без операции 9 человек, поступивших в крайне тяжелом состоянии, из которого их не удалось вывести.

Из 74 оперированных умерло 13 больных (17,6%), в том числе от прогрессирующего разлитого перитонита 9 больных, от перитонита и почечно-печеночной недостаточности — 1, пневмонии — 1, шока и некомпенсированной кровопотери — 1, тяжелой комбинированной черепно-мозговой травмы — 1.

Выводы:

1. Улучшение диагностики закрытой травмы живота должно строиться на объективных диагностических приемах. В случае неотвергнутого подозрения на повреждение внутренних органов прибегать к диагностической лапаротомии, а при тяжелом состоянии больного возможно вначале к пункции брюшной полости или лапароцентезу.

2. Большое значение для исхода операции при закрытых травмах живота имеет метод обезболивания. По нашему мнению в условиях мирного времени методом выбора обезболивания должен явиться эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами. Оперативные вмешательства надо проводить с одновременным проведением комплекса реанимационных мероприятий.

3. Если возможно, при травмах полых и паренхиматозных органов следует производить их ушивание. При больших разрушениях печени и сомнительной жизнеспособности отдельных ее участков прибегать к резекции последних.

4. Самой частой причиной послеоперационной смерти при закрытых травмах живота является перитонит.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беркутов А. Н., Цыбуляк Г. Н., Закурдага Г. Е. Материалы Всесоюзной конференции хирургов, посвященной 100-летию со дня рождения В. И. Ленина. Казань. 1970, 20—21.

2. Жлоба А. Ф. Клиническая хирургия. 1962, № 9, 41.