



П. Н. Замятин, Е. Н. Крутько,
А. А. Демченко, Д. П. Замятин,
С. А. Бабенко

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
НАМН Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

Резюме. В работе представлены результаты диагностического обследования 112 пострадавших, находившихся на стационарном лечении в отделении травматического шока ГУ «ИОНХ НАМН Украины», с выделением клинико-диагностических признаков торако-абдоминальных ранений.

Ключевые слова: торако-абдоминальные ранения, диагностика, клиническая картина.

Введение

Торако-абдоминальные ранения относятся к числу наиболее тяжёлых травм как военного, так и мирного времени, представляя собой одну из сложных проблем неотложной хирургии [7, 8, 11, 12].

Частота их составляет, по данным разных авторов, от 15,1 % до 35,6 % от всех проникающих ранений груди [1, 10].

В литературе есть ссылки на сложности диагностики, значительное количество тактических и диагностических ошибок и осложнений при оказании помощи пострадавшим с торако-абдоминальными повреждениями [2, 5, 9], обусловленные следующими факторами: тяжёлым состоянием пострадавших, стёртостью симптоматики из-за алкогольного опьянения у большинства из них, сложностью и вариабельностью топографо-анатомических взаимоотношений органов грудной и брюшной полостей, повреждением мощной дыхательной мышцы – диафрагмы, сообщением двух полостей с разным давлением, повреждением жизненно важных органов, массивным кровотечением, а также быстрым развитием гнойно-воспалительных осложнений [4, 6].

Материалы и методы исследования

В настоящей работе представлен анализ результатов обследования и лечения 112 пострадавших с торако-абдоминальными ранениями, находившихся на стационарном лечении в отделении травматического шока ДУ «ИОНХ НАМН Украины».

В подавляющем большинстве пострадавшие с данным видом травмы доставлялись в стационар в первые часы после получения ранения. По нашим наблюдениям в первые 6 часов было госпитализировано 94,2 % пострадавших.

В нашем исследовании в структуре механизма нанесения травмы преобладали колото-резаные ранения – у 98 (87,5 %) больных. Их характерной особенностью были ровные края, небольшие размеры входящего отверстия (в пределах 0,7-2,3 см) и глубокие повреждения.

В подавляющем большинстве торако-абдоминальные ранения были одиночными. Мно-

жественные ранения, от двух и более, встречались реже и составили 6,3 % от травмированных. Наиболее часто раны находились в области левой половины грудной клетки.

Следует отметить, что сквозные раны при торако-абдоминальных ранениях мирного времени встречались редко. Так, в наших наблюдениях они были обнаружены у 3 (2,7 %) пострадавших.

По нашим данным, наружное кровотечение из ран отмечено в 78 % случаев. Подкожная эмфизема чаще всего была ограниченной. В наших наблюдениях она была выявлена у 23,1 % пострадавших.

Диагноз торако-абдоминального ранения устанавливали на основании жалоб пострадавших, анамнестических данных, данных объективного исследования с использованием дополнительных инструментальных методов

Статистические выводы сделаны на основании данных, полученных при использовании стандартных статистических методов [3].

Результаты исследований и их обсуждение

Диагностика торако-абдоминальных ранений сложна, а клиническая картина многообразна, поскольку в результате повреждения происходит одновременное вскрытие двух серозных полостей и возникает реальная вероятность повреждения одного или нескольких органов.

Клиническая картина торако-абдоминальных ранений включала признаки поврежденных внутренних органов, перемещения органов брюшной полости в плевральную полость и острой кровопотери.

У таких пострадавших обычно одновременно отмечались характерные симптомы проникающего ранения груди и брюшной полости: кашель, кровохарканье, выделение воздуха из раны, боль в груди на стороне повреждения, усиливающаяся при движении, с резким ограничением дыхательной экскурсии грудной клетки, одышка и затруднение дыхания, цианоз, пневмоторакс, гемоторакс, гемоперикард, подкожная эмфизема. Перкуторно определяли укорочение звука при гемотораксе и тимпанит при пневмотораксе.

Аускультативно – ослабление или исчезновение дыхания. Боль в животе, иррадиация болей в плечо или надплечье (симптом Кера), тошнота, рвота, напряжение брюшных мышц и выраженная болезненность при пальпации и перкуссии живота, когда брюшная стенка мягкая (симптом Куленкамфа), свободная жидкость в брюшной полости или свободный газ в животе — всё это составляло абдоминальный симптомокомплекс. Отмечался симптом Розанова (признак «Ваньки-встаньки»).

При ранениях печени и желчных протоков с последующим развитием желчного перитонита возникал симптом Финстерера, объяснявшийся всасыванием желчи с выраженной брадикардией на фоне признаков перитонита. В клинике мы наблюдали трех таких пострадавших.

Повреждения полых органов проявлялись наличием симптомов Спизарного-Кларка (высокий тимпанит над печенью и исчезновение «печёночной тупости»: при перкуссии чаще всего наблюдается при ранении желудка или толстого кишечника), а также рентгенологического симптома Жобера (полоска или серп газа под диафрагмой). Эти признаки были отмечены у 8 (7,2 %) пострадавших.

Внутрибрюшное кровотечение характеризовалось классическими симптомами кровопотери. Отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых, тахикардия, снижение артериального давления, тахипноэ. Пострадавший жалуется на головокружение, жажду, потемнение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, выраженную слабость.

Учитывая большие трудности в распознавании торакоабдоминального характера травмы, особо выделяют так называемые достоверные признаки торако-абдоминальных ранений – выпадение через рану груди большого сальника или истечение из неё содержимого желудочно-кишечного тракта, рвоту кофейной гущей при локализации входной раны на грудной стенке. Мы наблюдали такую клиническую картину у 6 (5,4 %) пострадавших.

К достоверным признакам ранения диафрагмы относится также перемещение органов брюшной полости в плевральную полость, что проявляется резко выраженным тимпанитом при перкуссии грудной клетки и выслушиванием кишечных шумов над легочными полями.

Смещение органов может происходить непосредственно после ранения или через какое-то время. В наших наблюдениях это имело место у 5 (4,5 %) пострадавших с торако-абдоминальными ранениями.

Определённое значение имеет и локализация раны: опасной в отношении потенциально возможного торако-абдоминального ранения считается зона, ограниченная шестым – седь-

мым ребром сверху, и десятым-одиннадцатым снизу. Перечисленные признаки встречаются не часто, но если они есть, ранение следует отнести к торако-абдоминальному.

Определение диагноза часто затрудняется из-за тяжёлого состояния пострадавшего с наличием большого количества разнообразных симптомов. В случае поступления пострадавших через небольшой промежуток времени после травмы, симптомы, указывающие на повреждение определённого органа, не успевают развиться, и на первый план выступают признаки острой кровопотери и шока.

Основные клинические признаки торако-абдоминальных ранений, выявленные в ходе проводимого исследования на диагностическом этапе и в сопоставлении с данными Е. А. Вагнера и др. (1980), представлены в табл.

Таблица

Частота симптомов при торако-абдоминальных ранениях, %

№	Симптомы	Е. А. Вагнер, 1980	Данные нашей клиники
1	Боли в груди	54,6	92,4
2	Затруднение дыхания	36,6	53,6
3	Гемоторакс	34,5	47,8
4	Пневмоторакс	39,1	21,7
5	Гемопневмоторакс	41,5	20,4
6	Боли в животе	37,9	72,3
7	Иррадиация болей в плечо	9,9	17,8
8	Напряжение брюшной стенки	30,4	47,4
9	Выпадение сальника в рану груди	4,3	6,9
10	Газ под куполом диафрагмы	1,9	3,8
11	Локализация раны-границы сверху 6-7 межреберье и снизу 10-11 межреберье	78,6	82,5

Выводы

Следует отметить, что признаки, указывающие на повреждение органов грудной и брюшной полости, проявляются не одновременно.

Чаще всего, в первые часы после торако-абдоминального ранения возникают симптомы, характерные для повреждения органов плевральной полости. На диагностическом этапе они более ярко выражены, а абдоминальные симптомы появляются позже.

При ранении нескольких органов возникает синдром взаимного отягощения, что ухудшает состояние пострадавшего и вызывает дополнительные трудности в диагностике для определения дальнейшей хирургической тактики.

Учитывая вышеизложенное при осмотре пострадавшего всегда необходимо проводить тщательный анализ и мониторинг клинических проявлений с учетом механизма травмы и вида ранящего оружия.



ЛИТЕРАТУРА

1. Авилова О.М. Торакоабдоминальные ранения мирного времени. / О.М. Авилова, А.В. Макаров, А.В. Ватлин. // Хирургия, 1989. – № 8. – С. 60-65.
2. Алиев С.А. Диагностические и тактические аспекты торакоабдоминальных ранений. / С.А. Алиев, Э.С. Алиев. // Международный хирургический конгресс. Ростов-на-Дону. – 2005. – С. 5.
3. Анализ клинических данных в медицинских исследованиях на основе методов вычислительного интеллекта / В.В. Бойко [и др.]. – Х., ТО Эксклюзив, 2008. – 121 с.
4. Деякі з причин незадовільних результатів в наданні медичної допомоги при торакоабдомінальній травмі / І.З. Яковцов, Олексієнко, В.С. Г.С. Яцина [та співавт.] // 36. наук. праць УВМА «Проблеми військової охорони здоров'я» за ред. проф. В.Я. Білого. – К. – Вип. 11. – 2002. – С. 477-481.
5. Особенности хирургической тактики при левосторонних колото-резаных торакоабдоминальных ранениях. / Е.А. Багдасарова, А.Н. Антонов, А.Е. Абагян, В.В. Багдасаров. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2006. – № 4. – С. 63-66.
6. Политравма. Руководство для врачей в 4-х томах. Т.2. / под ред. В.В. Бойко, П.Н. Замятина: Харьков-Черновцы, 2009. – 333 с.
7. Политравма. Руководство для врачей в 2-х томах. Издание дополненное, переработанное. Т.1. / под ред. В.В. Бойко, П.Н. Замятина. – Х. : Фактор, 2011. – 642 с.
8. Созон-Ярошевич А.Ю. Торакоабдоминальные ранения. / А.Ю. Созон-Ярошевич. // В кн.: Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Москва. – 1950. – Т. 12. – С. 350-411.
9. Торакальна травма: [учбовий посібник] / А.В. Макаров, В.Г. Гетьман, В.І. Десятирік [і др.]. Кривий Ріг : СП «Міра», 2005. – 234 с.
10. Флорикян А.К. Хирургия поврежденных груди: избранные лекции / Флорикян А.К. – Х. : Основа, 1998. – 504 с.
11. Vaccarili M. Videothoracoscopy in the diagnosis and treatment of hemothorax. / M. Vaccarili, A. Lococo. // Ann Ital Chir. – 2000. – Vol. 71, № 2. – P. 181-185.
12. Zakyntinos E.G. Thoracic trauma. / E.G. Zakyntinos, T. Va Ssila Kopoulos, C. Routsis [et al.] // Ibid. – 2002. – Vol. 52. – № 8. – P. 990-996.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ
ОЗНАКИ ТОРАКО-
АБДОМІНАЛЬНИХ
ПОРАНЕНЬ

*П. М. Замятін,
Є. М. Крутько,
О. О. Демченко,
Д. П. Замятін, С. О. Бабенко*

Резюме. В роботі представлено результати діагностичного обстеження 112 постраждалих, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні травматичного шоку ДУ «ІЗНХ НАМН України», с виділенням клініко-діагностичних ознак торакоабдоминальних поранень.

Ключові слова: *торако-абдоминальні поранення, діагностика, клінічна картина.*

CLINICO-DIAGNOSTIC
FEATURES IN THE
THORACO- ABDOMINAL
CASUALTY

*P. N. Zamyatin, E. N. Krutko,
A. A. Demchenko,
D. P. Zamyatin, S.A. Babenko*

Summary. The results of diagnostic inspection are in-process presented 112 victims being on stationary treatment in the separation of traumatic shock of Institute of General and Urgent Surgery National Academy of Medical Sciences of Ukraine, with extraction of clinic-diagnostic features of thoraco-abdominal wounds.

Key words: *thoraco-abdominal injury, diagnosis, clinical presentation.*