

3. При динамическом наблюдении за состоянием больных, проведении активной инфузионной терапии и детоксикации, не следует торопиться с постановкой показаний к ампутации пораженной конечности.

УДК 616—001.32''405''—089.15

В. С. ПЕТРОСЯН, А. В. ГЕВОРКЯН, Г. И. ХАНГУЛЯН, А. Л. БАГДАСАРЯН

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Синдром длительного сдавления (СДС), синонимы—травматический токсикоз, мноренальный синдром, синдром «освобождения»—специфический вариант травмы, связанный с массивным сдавлением мягких тканей, иногда и магистральных сосудов конечностей. Ведущими патогенетическими факторами СДС является: 1—болевое раздражение, приводящее к дискоординации процессов возбуждения и торможения в ЦНС, 2—плазмопотеря в результате выраженного отека поврежденных конечностей, 3—травматическая токсемия, развивающаяся вследствие попадания в русло крови продуктов распада поврежденных клеток, запускающих внутрисосудистое свертывание крови.

М. И. Кузин (1959 г.) выделяет следующие клинические формы развития СДС в зависимости от продолжительности компрессии: легкая—длительность сдавления до 4 час; средняя—сдавление конечности до 6 час; тяжелая—до 8 час сдавления всей конечности, особенно бедра и голени; крайне тяжелая—сдавление обеих конечностей в течение 8 и более час.

Опыт землетрясения в Армении (1988 г.) показал, что большое значение в определении тяжести клинического состояния при СДС имеет сила сдавления и площадь поражения, наличие сопутствующих повреждений внутренних органов, костей, острой почечной недостаточности (ОПН). Сочетание даже недлительного по продолжительности сдавления конечности с любой другой травмой (переломы костей, черепно-мозговая травма, разрывы внутренних органов) резко утяжеляют течение заболевания и ухудшают прогноз.

Опыт лечения больных с СДС показал, что выбор хирургической тактики зависит от различных факторов. В настоящее время разные авторы предлагают различные хирургические методы лечения СДС—ампутацию, фасциотомию, некрэктомию, катетеризацию надчревного ствола для последующего введения лекарственных препаратов. В прошлом некоторые исследователи считали, что при СДС необходима срочная ам-

путация, так как развивающаяся травматическая токсемия приводит к ДВС-синдрому и ОПН. Это было оправдано, ввиду отсутствия возможности проведения экстракорпоральной депурации крови методами гемодиализа, гемосорбции, гемофильтрации, плазмафереза, которые в последние годы облегчили выбор хирургических методов лечения.

В данной работе мы делимся опытом хирургического лечения СДС 324 больных, лечившихся в Ереванском филиале ВНИИХ. Нами отмечено, что выбор хирургической тактики во многом зависит от времени эвакуации, а также от объема оказанной квалифицированной медицинской помощи в зоне бедствия. Производимые ампутации на этапах эвакуации не всегда предотвращали прогрессирование СДС, а в некоторых случаях даже ухудшали состояние, видимо, из-за неадекватной комплексной детоксикационной терапии. У остальных больных ввиду активации инфекции и продолжения некробиотических процессов производили реампутацию и экзартикуляцию.

В клинической картине СДС можно выделить 3 периода: I период—до 48 час после освобождения, это период локальных изменений, эндогенной интоксикации, а также проявлений травматического шока; II период—развитие олигоанурической фазы ОПН, которая начинается обычно с 3—4-го дня после травмы и длится в среднем до 8—12 дней. Летальность в этот период наивысшая; III период—восстановительный, с 3—4-й недели.

С первого же дня нами широко применялись фасциотомии в сочетании с интенсивной терапией, включающей экстракорпоральные методы очищения, а также гипербарическую оксигенацию. Последняя проводилась ежедневно в барокамерах «ОКА-МТ» при 2,0 ата продолжительностью в 40 мин, 6—12 сеансов на курс лечения. Произведенные на этапах эвакуации малые разрезы—насечки, оказались неэффективными, так как не обеспечивали быстрого уменьшения отека, способствовали присоединению инфекции, а это в свою очередь приводило к длительной ишемизации конечности и некрозу мягких тканей. Практика показала, что необходимо активнее производить широкие лампасные разрезы, чтобы дать достаточный отток скопившейся межтканевой жидкости и высвободить мышцы. Однако необходимо учитывать, что при этом имеет место массивная плазмопотеря и пострадавшим необходимо переливать в больших количествах белковые препараты (свежезамороженную плазму до 1—1,5 л, альбумин).

Во многих спорных случаях, когда вопрос реально стоял об ампутации конечности, применяемые нами фасциотомные разрезы в сочетании с методами интенсивной терапии, включающими в себя экстракорпоральное очищение и ГБО, предотвращали эту калечащую операцию. В качестве примера приводим наблюдение за больным С. С., 15 лет, поступившим в филиал 8/XII—88 г. с диагнозом: СДС обеих нижних конечностей, посттравматический шок III ст., ОПН. Левая конечность была резко отечена, объем ее превышал почти в 2 раза правую конечность, синюшно-багрового цвета на всем протяжении. В тот же день произ-

ведена широкая фасциотомия (3 разреза на голени по наружной, внутренней и задней поверхностях и 2—на внутренней и наружной поверхностях бедра до демаркационной линии). 10/12—88 г. из-за перехода отека и на тазобедренный сустав наружный разрез бедра удлинен до здоровых мягких тканей. Послеоперационный период протекал с осложнениями (острая легочная и сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких). В комплекс лечения включили курс баротерапии—10 сеансов. Ввиду заметного нарастания суточного диуреза, снижения гиперкалиемии, ликвидации гипоксии больной быстро вышел из состояния ОПН. После уменьшения отека и плазморреи произведены ушивания ран на голени и на бедре. Швы сняты на 10—12-е сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии, в настоящее время чувствует себя хорошо, функция конечностей восстановлена.

Надо отметить, что после фасциотомий в обязательном порядке оставались дренирующие выпускники в ране для улучшения оттока и предотвращения слипания краев раны с ежедневной их заменой. Исключительное значение при широких фасциотомиях имеет борьба с инфекцией. Мы применяли антибиотики широкого спектра действия, частые перевязки, кварцевание палат, перевязочных и манипуляционных комбинезонов. Необходимо было резко ограничить посещения больных, что в условиях перенесенной трагедии представляло сложную задачу.

Мы с успехом применяли коллоидный йод импортного производства, который являлся отличным антисептиком, способствующим очищению ран, быстрой грануляции и эпителизации. При обширных гнойно-некротических процессах нами применялся адсорбент на основе поливинилового спирта, эффективность которого была даже выше, чем у коллоидного йода. Необходимо также отметить, что заживление ран, прекращение гнойного отделяемого наступало гораздо раньше у тех больных, которым применяли баротерапию. Этому содействовало раннее восстановление васкуляризации конечностей, ускоренная репарация нервномышечных структур и выраженный антимикробный эффект, наступающие после лечения ГБО.

После стабилизации состояния больных, уменьшения отеков, прекращения плазморреи, очищения ран производилось ушивание фасциотомных разрезов. Необходимо отметить, что раннее ушивание разрезов, как часто практиковалось в зоне бедствия, нецелесообразно из-за несостоятельности швов в 90% случаев. Ушивание необходимо производить, когда имеется полное устранение отеков и стихание воспалительных процессов.

Анализ результатов хирургического лечения больных с СДС показал, что нами произведена 41 фасциотомия, 18 ампутаций, 14 некрэтомий, 8 катетеризаций надчревного ствола. Приведенные данные свидетельствуют о том, что общая хирургическая тактика должна применяться с учетом индивидуальных особенностей состояния больного и основываться на сочетании нескольких лечебных методов, каждый из которых в определенный период заболевания становится ведущим.

1. Арипов У. А. Синдром длительного раздавливания (текст лекций), Ташкентский гос. мед. ин-т, Ташкент, 1984.
2. Каган Г. Ш. Сб. трудов (вып. 2) Горьковского мед. ин-та, 1970, 81—86.
3. Кричевский А. Л. Автореф. докт. дисс., М., 1974.
4. Кузин М. И. Клиника, патогенез и лечение синдрома длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром). М., 1959.
5. Серняк П. С., Коваленко Н. В. и др. Тез. Респ. научн. конф. хирургов, Харьков, 1981, 161—162.
6. Черкашин В. В. и др. Проблемы интенсивной терапии в клинике. Тез. докл. главн. воен. клин. госпиталя им. акад. Н. Н. Бурденко, М., 1985.
7. Шиманко И. И., Обуховский И. А. Острая почечная и печеночная недостаточность токсической этиологии. Тр. НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, 22, М., 1976, 51—60.
8. Шульцев Г. П. и др. Тез. III Всесоюзн. съезда врачей-лаборантов, М., 1985, 15—16.

УДК 616.381—001.32

Г. С. ТАМАЗЯН, Л. И. ПЮСКЮЛЯН, И. В. ТАТКАЛО,
Л. Л. НАВОЯН, Г. Г. АРУТЮНЯН

ВНУТРИБРЮШНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ОТ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Закрытые травмы живота относятся к опасным для жизни видам повреждений, сопровождающихся высокой летальностью—57,5%. Диагностика и лечебная тактика при этих повреждениях остаются одним из актуальных вопросов urgentной хирургии. По числу диагностических ошибок закрытая травма живота занимает одно из первых мест.

Трудности диагностики прежде всего связаны с тем, что большинство больных поступают в состоянии шока. Вторым обстоятельством, усложняющим диагностику закрытых повреждений живота, является то, что большой процент пострадавших поступает с сочетанными травмами. По литературным данным, около 70% пострадавших имеют сочетанные травмы. Третьим моментом, затушевывающим клиническую картину повреждений органов брюшной полости, является введение на догоспитальном периоде наркотических веществ.

Все эти обстоятельства либо маскируют клиническую картину острого живота, либо провоцируют ее. Вот почему возникают диагностические ошибки, при которых с одной стороны просматривают повреждения внутренних органов живота и обнаруживают их лишь при патолого-анатомических вскрытиях, а с другой стороны при гипердиагностике производят лапаротомию, когда повреждений внутренних органов нет.

Так называемое динамическое наблюдение с целью уточнения диагноза опасно из-за промедления с оперативным вмешательством, так как существует прямая закономерность между временем операции и ее исходом.