

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.

В Ереванский филиал ВНЦХ АМН СССР доставлено 716 человек, пострадавших от землетрясения. Были госпитализированы все пострадавшие с закрытой травмой живота любого характера. Тактика обязательной госпитализации больных с закрытой травмой живота независимо от характера повреждений и тяжести состояния является правильной, поскольку состояние больного и клиническая картина в первые часы после травмы часто не соответствуют характеру повреждений.

В приемном отделении квалифицированным хирургом по возможности проводился тщательный сбор анамнеза, доскональный осмотр и пальпация живота, грудной клетки, костей таза, верхних и нижних конечностей. Ибо тут важно не столько установить точно, какой орган поврежден, хотя это имеет определенное значение, сколько определить показания к неотложному оперативному вмешательству.

На первом этапе проводились такие исследования как, определение количества гемоглобина и лейкоцитов крови, коагулограмма, ЭКГ. По показаниям проводилась рентгенография и скопия брюшной полости и грудной клетки. Диагностика повреждений органов живота была затруднена, так как больные, в основном, поступали с политравмами и состояние их было неадекватно характеру возникших повреждений. Надо отметить, что поступление пострадавших в клинику было спустя 8—10 час и даже несколько суток после катастрофы, поэтому клиническая картина оставалась затухавшей.

Динамическое наблюдение за больными в течение нескольких часов представляло определенную опасность. Однако при большом потоке пострадавших этот метод в сочетании с клиникой и лабораторными исследованиями позволил нам избежать ошибочных лапаротомий при ушибах живота, повреждениях позвоночника и костей таза, которые симулировали картину «острого живота». А такие больные составляли немалый процент от общего числа госпитализированных.

По поводу закрытых повреждений органов брюшной полости в клинике оперировано 7 больных. Это составило 5,3% от общего числа оперированных в филиале. Надо отметить, что у подавляющего числа оперированных больных имела место политравма с синдромом длительного сдавления. У 4 пациентов развилась острая почечная недостаточность.

У 2 больных имел место двухмоментный разрыв селезенки с внутрибрюшным кровотечением. Несмотря на общую тужесть состояния (одна из пациенток находилась на искусственной вентиляции) применение лапароцентеза позволило вовремя диагностировать внутрибрюшинное кровотечение и произвести спленэктомию.

Особый интерес представляет пациентка, которой на одном из этапов эвакуации произведена диагностическая лапаротомия. В клинике диагностирован перитонит. Повторная операция выявила разрыв сигмовидной кишки с развитием разлитого жабового перитонита. Произведена резекция сигмы с наложением колостомы. На фоне синдрома длительного сдавления, осложнившегося острой почечной недостаточностью и нарастающей интоксикации больная умерла. У этой больной



имел место также перелом левой нижней конечности на уровне верхней трети бедра.

Следующий пациент госпитализирован с множественными переломами обеих нижних конечностей. Ему также на одном из этапов эвакуации произведена лапаротомия (или лапараскопия). Поставлен диагноз «острый живот». Релапаротомия выявила наличие полиэтиленового катетера, «забытого» в свободной брюшной полости и приведенного к ее инфицированию с развитием перитонита. По выздоровлению пациент переведен в травматологическое отделение.

Скончалась больная с синдромом длительного сдавления, острой почечной недостаточностью, ампутацией нижней конечности на уровне средней трети бедра, которой произведена диагностическая лапаротомия по поводу «острого живота». Патологии со стороны органов брюшной полости на операции не обнаружено.

Двое больных были оперированы по поводу острого тромбоза мезентеральных сосудов и панкреонекроза.

Из 7 оперированных больных 4 скончалось в послеоперационном периоде.

Анализ результатов проведенной работы показал следующее:

Закрытые травмы живота, представляющие опасность для жизни больных, составили весьма малый процент общего числа больных, госпитализированных из зоны землетрясения. Учитывая тот фактор, что пострадавшие поступили в клинику спустя 12 час и позже, можно предположить что основной контингент больных с острыми травмами живота был оперирован в лечебных учреждениях, расположенных ближе к зоне землетрясения.

Своевременная диагностика закрытых повреждений живота значительно была затруднена ввиду наличия политравм. В преобладающем большинстве случаев закрытые травмы живота сопровождались синдромом длительного сдавления и острой почечной недостаточностью, что осложнило послеоперационный период и обусловило высокую летальность.

УДК 616.71—001.5/32—089

А. Э. МИРЗОЯН, А. Р. НИКОГОСЯН, К. У. КУДЗАЕВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Декабрьское землетрясение в Армении с массовым поступлением больных с синдромом длительного сдавления выявило недостаточную