

Спаский А. О., Фоменко А. С.

ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ - ТАКТИКА ОБЩЕГО ХИРУРГА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц., п-к м/с Попченко А. Л.

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Торакоабдоминальные ранения (ТАР) – это ранения, которые сопровождаются одновременным нарушением целостности грудной и брюшной полостей, а также диафрагмы. Именно повреждением диафрагмы обусловлены особенности клинической картины, диагностики и лечения ТАР, именно в повреждении брюшно-грудной преграды состоит отличие ТАР от сочетанных ранений груди и живота.

Актуальность. Частота ТАР по данным локальных военных конфликтов достигает 12% ранений груди и живота, в мирное время они встречаются значительно реже. ТАР отличаются особой тяжестью, высокой летальностью, а самое главное – требуют от хирурга знаний и умений по диагностике и лечению ранений и груди и живота и с учетом повреждения диафрагмы.

Цель: проанализировать результаты диагностики и хирургического лечения пациентов с ТАР.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось трое пациентов с ТАР.

1. Ножевое слепое правостороннее торакоабдоминальное ранение с повреждением печени и правого легкого. Локализация колото-резаной раны – край реберной дуги по средней подмышечной линии – произведена лапароскопия – в свободной брюшной полости кровь. Лапаромия, ушивание раны диафрагмальной поверхности печени, ушивание раны диафрагмы. Дренирование плевральной полости.

2. Хронический гепатит. Пункционная биопсия печени. Геморрагический шок 2 ст. Лапароскопия. Дренирование плевральной полости. Торакотомия, остановка кровотечения из сосуда диафрагмы. Дренирование плевральной полости.

3. Огнестрельное пулевое торакоабдоминальное ранение слева с повреждением левого легкого, селезенки, тонкой и поперечной ободочной кишки. Травматический шок 3-4 ст.

Результаты и их обсуждение. У первого пациента торакоабдоминальный характер ранения не был заподозрен до лапаротомии. По дренажу из плевральной полости, установленному после завершения абдоминального этапа операции, одномоментно выделилось 350 мл крови без свертков. На протяжении первых двух часов – еще 150 мл. Плевральный дренаж удален после расправления легкого и прекращения выделений по нему - на 4 сутки. Пациент поправился.

Пациент с огнестрельным ранением поступил в состоянии травматического шока 3-4 ст., Выполнена торако- и лапаротомия, остановка кровотечения из межреберных артерий, ушивание раны левого легкого; наложен зажим на ножку селезенки, ушиты дефекты тонкой и толстой кишки. В связи с нестабильностью гемодинамики применена тактика Damage control, однако пациент умер через три часа на операционном столе.

Выводы. Для успешного лечения ТАР необходимо его своевременно заподозрить и выявить ведущее повреждение. В первые сутки после травмы исход лечения определяется выраженность травматического шока.