

*Б.О. Мільков, В.В. Яцків, М.М. Хмелевський,  
В.П. Сливка, І.Ф. Онофрейчук*

## ПОЄДНАНА ЗАКРИТА ТОРАКО - АБДОМІНАЛЬНА ТРАВМА

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю. Полянський)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** Закрита торако-абдомінальна травма як одна з важких видів політравми, є складною в діагностичному плані, тому потребує застосування в стислі терміни цілого комплексу інформативних клініко-лабораторних та інструментальних методів.

**Ключові слова:** закрита травма, груди, живіт.

**Вступ.** Швидкий розвиток автомобільного транспорту, інтенсифікація виробництва, зростання рівня побутового травматизму сприяють збільшенню частоти поєднаних торако-абдомінальних пошкоджень [2,4,5]. Поєднана закрита травма грудей і живота є однією з важких видів політравми [5,8], при якій відмічається високий відсоток діагностичних помилок та летальності [2,9,10]. Разом з тим, діагностичні алгоритми при поєднаній торако-абдомінальній травмі майже не розроблені.

**Мета дослідження.** Шляхом аналізу результатів лікування пацієнтів з поєднаною закритою торако-абдомінальною травмою розробити заходи по оптимізації діагностично-лікувального процесу.

**Матеріал та методи.** Нами проведено аналіз 146 випадків поранень, при яких поряд з травмою грудей мала місце закрита травма живота. Із них у 119 - пошкодження органів очеревинної порожнини та позаочеревинного простору. Вік хворих коливався від 6 до 72 років. Співвідношення чоловіків до жінок складало 2:1.

Із 119 хворих забій грудної клітки без перелома ребер діагностовано у 22, перелом ребер - у 97, у 42 з них був гемоторакс, пневмоторакс, у 6 - розрив діафрагми, у 21 - розрив селезінки, у 24 - пошкодження печінки, тонкої кишки - у 3, сечового міхура - у 2 хворих, по одному разу - пошкоджені були шлунок, підшлункова залоза. Заочеревинні гематоми мали місце у 8 хворих, забій нирки - у 57.

Хворим проводились загальноприйняті клініко-лабораторні та інструментальні методи досліджень (ультразвукове, торакоскопія, лапароскопія, пункція плевральної та очеревинної порожнин, бронхоскопія, мікролапаротомія).

З метою оцінки інформативності лейкоцитарної формули вмісту, взятого із очеревинної порожнини з допомогою пункції, мазків, відбитків, що наносилися на предметне скло, нами проведені дослідження у 40 пацієнтів як з порушенням цілісності порожнистих органів очеревинної порожнини, так і без них.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз клінічних проявів при поєднаній торако-абдомінальній травмі свідчить про значний їх поліморфізм та неспецифічність. Так, при пошкодженнях нижніх ребер ірадіація болю

у верхній половині живота, напруга м'язів може симулювати ураження живота.

Фізичні методи дозволяють визначити наявність переломів каркасу грудної стінки, газ, рідину в плевральних порожнинах, але це буває не завжди можливим із-за больової реакції, важкості стану хворого та ін. Рентгенологічне обстеження дозволяє діагностувати пневмоторакс, гемоторакс, ателектаз, крововиливи в легені, запідозрити розрив діафрагми, побачити газ під діафрагмою внаслідок порушення цілісності порожнистих органів очеревинної порожнини. Треба мати на увазі, що ця ознака може появитися тільки на 2-3 добу після травми.

Торакоскопія проведена у 23 хворих (у 6 - з пошкодженням грудної клітки без перелому ребер, у 16 - з переломами ребер). З її допомогою у 13 хворих було діагностовано розриви легень, у 4 - субплевральні кісти, у двох - ателектаз легень, у 4 - крововиливи у парістальну плевру. У одного хворого було виявлено, що кінці ребер виступали в плевральну порожнину. Ряд авторів [1,3] вважають торакоскопію досить інформативною при підозрі на розрив діафрагми, бронхів.

При важкій травмі грудей, підозрі на пошкодження бронхів, ателектаз легень доцільно проводити бронхоскопію як з діагностичною, так із лікувальною метою.

При підозрі на внутрішньоочеревинну кровотечу, розрив порожнистих органів показано виконання лапароцентезу. Якщо переконливих даних за порушення цілісності внутрішніх органів немає, доцільним є використання розробленого нами (а. с. № 987451) методу, в основі якого лежить цитологічне дослідження вмісту очеревинної порожнини. У здорових людей сегментоядерні нейтрофіли у змиві із очеревинної порожнини складають не більше 40% всіх лейкоцитів, а при пошкодженні порожнистих органів вже через 2 год - більше 50% всіх лейкоцитів.

Більш інформативною ніж лапароцентез є лапароскопія. Разом з тим, введення газу у очеревинну порожнину протипоказано при підозрі на порушення цілісності діафрагми, при двобічних ураженнях грудної клітки, недостатності кровообігу, дихання. У таких випадках доцільна лапароскопія без введення газу. У випадках парезу кишечника, що могло бути як наслідок перитоніту, так і з інших причин, а також при підозрі на злукову хворобу лапароскопію не проводили, а застосовували мікролапаротомію. При цьому з 22 випадків травми живота у 8 хворих операція була відмінена, у 10 хворих - своєчасно проведено оперативне втручання, у 4 хворих від'ємні результати мікролапаротомії були підтверджені лапаротомією.

Ультразвукове дослідження дозволяє запідозрити субкапсулярні розриви паренхіматозних органів, визначити рідину в очеревинній порожнині. Треба мати на увазі, що можливі двофазні розриви селезінки, печінки, а також діафрагми, що ми спостерігали у 2 хворих.

Ураження нирок мало місце у 56 хворих із 57, у 18 з них воно проявлялось макрогематурією у 38- мікрогематурією.

Тактика лікування залежить від характеру пошкодження, наявності ускладнень. При поступленні хворих у клініку у важкому стані відразу проводились лікувальні заходи за принципом посиндромного лікування з одночасним обстеженням для встановлення діагнозу.

При внутрішній кровотечі велике значення має реінфузія крові із плевральної та очеревинної порожнин [7].

При розривах селезінки проводилась спленектомія, при пошкодженні печінки - зашивання, тампонада ран чепцем. Один хворий був оперований повторно через 2 тижні після операції - видалена секвестрована ділянка печінки.

При розривах порожнистих органів проводилось зашивання їх ран, резекція кишки.

Наявність занедбаного перитоніту на фоні поєднаної травми, а тим більше кровотечі, може швидко призвести до летального наслідку, що ми спостерігали в одного хворого. У таких хворих необхідно в комплексному лікуванні застосовувати еферентні методи детоксикації та запрограмовану лапарперцію.

Двом хворим з ушкодженням нирок проведена нефректомія, в інших гематурія зупинена консервативними методами.

Померло 19 хворих з торако-абдомінальною травмою.

**Висновки.** При торако-абдомінальних травмах як у діагностичному, так і у лікувальному плані необхідне застосування цілого комплексу клініко-лабораторних, інструментальних методів, при чому в стислі терміни.

**Література.** 1. Авилова О.М., Гетьман В.Г., Макаров А.В. Торако-скопия в неотложной грудной хирургии. - К.: Здоров'я, 1986. - 128 с. 2. Антошок М.Г. Хірургічна тактика при поєднаній закритій торако-абдомінальній травмі: Автореф. дис... канд. мед. наук. - К., 1998. - 28 с. 3. Гетьман В.Г. Клиническая торакоскопия. - К.: Здоров'я, 1995. - 208 с. 4. Гетьман В.Г. Реконструктивно-відновна хірургія пошкоджень каркасу грудної стінки та їх наслідків: Автореф. дис... докт. мед. наук. - К., 1998. - 32 с. 5. Карпенко С.И. Ранняя диагностика и лечение поврежденных при сочетанной закрытой травме груди и живота: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Харьков, 1983. - 20 с. 6. Мильков Б.О. Закрытая травма груди: Автореф. дис... докт. мед. наук. - Днепропетровск, 1975. - 29 с. 7. Мильков Б.О., Смирнова Н.А., Безбородько С.А. Реинфузия крови в неотложной хирургии // Хирургия. - 1982. - № 4. - С.100-101. 8. Романенко А.Е. Закрытые повреждения живота. - К.: Здоров'я, 1985. - 208 с. 9. Смирнова Н.А. Диагностика сочетанных повреждений груди и живота // Сучасні проблеми і досягнення в хірургії і суміжних галузях медицини. Мат. наук.-практ. конф., присвяченої 50-річчю Чернівецького державного медичного інституту. - Чернівці, 1994. - С. 35. 10. Цыбырнэ К.А., Мильков Б.О., Кулачек Ф.Г. Неотложная торакальная хирургия. - Кишинев: Штиинца, 1989. - 207 с.

## ASSOCIATED THORACOABDOMINAL INJURIES

*B.O. Milkov, V.V. Yatskiv, M.M. Khmelevsky, V.P. Slivka, I.F. Onofreytchuk*

**Abstract.** Blunt thoracoabdominal injury as one of the hard type of polytrauma presents sophisticated diagnostical challenge and demands a complex of laboratory and instrumental procedures in the short period of time.

**Key words:** blunt injury, thorax, abdomen.

Bucovinian State Medical Academy (Chernivtsy)