

Сочетанные ранения груди и живота

Классификация сочетанных ранений груди и живота (Абакумов ММ, 1986 г)

- Одновременные ранения (ОР) – множественные, независимые ранения груди и живота
- Торакоабдоминальные ранения (ТАР) – ранения груди с чрес- или внеплевральным повреждением диафрагмы, проникающим в брюшную полость или забрюшинное пространство
- Абдоминоторакальные ранения (АТР) – ранения брюшной стенки с чрес- или внебрюшинным повреждением диафрагмы, проникающим в плевральную полость, полость перикарда или средостение

Виды одновременных ранений

- Непроникающие ранения груди и живота (4-6%)
- Непроникающие ранения груди и проникающие ранения живота (30-35%)
- Проникающие ранения груди и непроникающие ранения живота (30-35%)
- Проникающие ранения груди и живота (30-35%)

Виды торакоабдоминальных ранений

- По стороне повреждения (право-, лево- и двусторонние)
- По отношению к плевральной полости (вне- [20%] или чресплевральные [80%])
 - При внеплевральных ТАР рана обычно располагается в VII-X межреберьях от передней до задней подмышечных линий
- По отношению к диафрагме (центральные, периферические, т.е. скаты)
- По характеру повреждений органов

Виды абдоминоторакальных ранений

- По локализации раны брюшной стенки (срединные, право-, левосторонние)
- По отношению к брюшной полости (вне- и чрезбрюшинные)
- По характеру повреждений органов

Наиболее важно!

Залогом выбора адекватной хирургической тактики является выделение наиболее жизнеугрожающего повреждения!

Жизнеугрожающие повреждения

1. Ранение или тампонада сердца
2. Большой гемоторакс или продолжающееся внутриплевральное кровотечение
3. Проникающее ранение груди без пп. 1 и 2
4. Внутрибрюшное кровотечение
5. Интенсивное наружное кровотечение
6. Проникающее ранение живота без п. 4
7. Непроникающие ранения груди и живота, ранения конечностей без п.5

Клиническая картина 1

- Ранение или тампонада сердца
 - Расположение раны в «опасной» зоне
 - Гипотония или потеря сознания на догоспитальном этапе
 - «Предсмертная тоска» (Лизанти)
 - Признаки острой кровопотери
 - Триада К. Веск'а: глухость тонов сердца, низкое АД, набухание шейных вен

Клиническая картина 2

- Большой гемоторакс
 - Признаки массивной кровопотери (слабость, бледность, спутанность сознания, гипотония, тахикардия и тд)
 - Признаки наличия большого количества жидкости в плевральной полости (полусидячее положение, укорочение перкуторного звука, смещение сердечного толчка, отсутствие дыхательных шумов)
 - Пункция/дренирование плевральной полости (более 900 мл крови менее, чем за 4 часа после травмы; положительная проба Рувилуа-Грегуара)

Клиническая картина 3

- Проникающее ранение груди без ранения сердца и большого гемоторакса
 - Гемоторакс (менее выраженные признаки из «Клиническая картина 2», дренирование плевральной полости)
 - Пневмоторакс (боль в груди, учащенное поверхностное дыхание, «коробочный» перкуторный звук, ослабление дыхательных шумов, дренирование плевральной полости)
 - Эмфизема мягких тканей (симптом «хруста снега», «гнусавость» голоса)
 - Кровохарканье

Клиническая картина 4

- Массивное внутрибрюшное кровотечение
 - Признаки массивной кровопотери (слабость, бледность, спутанность сознания, гипотония, тахикардия и тд)
 - Признаки наличия большого количества жидкости в брюшной полости (сдвигающаяся зона укорочения перкуторного звука)
 - Лапароцентез

Клиническая картина 5

- Интенсивное наружное кровотечение

Клиническая картина 6

- Проникающее ранение живота без массивного гемоперитонеума
 - Эвентрация органов брюшной полости
 - Укорочение перкуторного звука в отлогих местах живота
 - Положительные симптомы раздражения брюшины
 - Ослабление перистальтических шумов

Хирургическая тактика

Задача этапа	Вид операции
Ликвидация тампонады, ушивание раны сердца	Торакотомия на стороне повреждения. При наличии массивного внутрибрюшного кровотечения позволяет также выполнить временный гемостаз пережатием нисходящей аорты
Остановка кровотечения в плевральную полость, ликвидация гемо- или пневмоторакса и контроль за состоянием плевральных полостей	Торакотомия на стороне большого гемоторакса либо дренирование плевральной полости при среднем и малом гемотораксе и пневмотораксе
Остановка кровотечения в брюшную полость	Срединная лапаротомия
Остановка наружного кровотечения	Лигирование кровоточащего сосуда или сосудистый шов
Устранение повреждений органов живота, не сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением	Срединная лапаротомия
Ранения конечностей и непроникающие ранения	Первичная хирургическая обработка ран

Хирургическая тактика 1

- При подозрении на ранение или тампонаду сердца – торакотомия на стороне ранения
- При большом гемотораксе – торакотомия на стороне большого гемоторакса

NB! Торакотомия – типичная передне-боковая торакотомия в 4 или 5 межреберье

Хирургическая тактика 2

- При наличии признаков ПРГ – дренирование плевральной полости.
 - При поступлении >900 мл крови – типичная торакотомия
 - При поступлении <900 мл крови – дренаж на аспирацию или по Бюлау (реинфузия!) и переход к следующему этапу

Хирургическая тактика 3

- При отсутствии показаний к торакотомии и признаках ПРЖ после дренирования плевральной полости – лапаротомия.
 - Примечание. При наличии 3 и более ран живота и сомнительной клинической картине шире ставить показания к лапаротомии
- При отсутствии показаний к торакотомии и и признаков ПРЖ – ПХО ран, начиная с наиболее опасной (ПРГ? кровоточащая?) – см. слайд №19

Хирургическая тактика 4

NB! Помнить о необходимости временного гемостаза при наружном кровотечении из ран (наложение жгута, тампонада раны и т.п.)

Хирургическая тактика 5

- При отсутствии показаний к типичной торакотомии – ПХО или расширенная ПХО ран груди
 - На груди
 - Иссекают раны: загрязненные, имбибированные кровью
 - Рассекают раны: в области больших мышечных массивов (большая грудная мышца, мышцы спины) и молочной железы

Хирургическая тактика 6

- При расширенной ПХО обнаружено тоакоабдоминальное ранение.
 - Тактика зависит от характера: внеплевральное [слайд №21],
 - Чресплевральное - от стороны повреждения (правостороннее [слайды №№ 22-24] или левостороннее [слайды №№ 25, 26])

Хирургическая тактика 7

- Внеплевральное ТАР с любой стороны – ушивание раны диафрагмы и лапаротомия

Хирургическая тактика 8

- **Правостороннее** чресплевральное ТАР
 - Рана диафрагмы <2 см диафрагмотомия длиной 7-8 см
 - Рана печени <2 см и неглубокая, кровотечение незначительное, в подпеченочном пространстве крови и желчи нет – ушивание раны печени, дренирование поддиафрагмального (и правого подпеченочного пространств), ушивание раны диафрагмы, дренирование плевральной полости, ушивание раны груди

Хирургическая тактика 9

- **Правостороннее** чресплевральное ТАР
 - Рана диафрагмы < 2 см
 - Рана печени > 2 см, с обильным кровотечением, примесью крови или желчи в подпеченочном пространстве - ушивание раны печени, ушивание раны диафрагмы, дренирование плевральной полости, ушивание раны груди, лапаротомия, ревизия, санация и дренирование брюшной полости

Хирургическая тактика 10

- **Правостороннее** чресплевральное ТАР
 - Рана диафрагмы >2 см, с большой раной печени, обильным крово- и желчеистечением – диафрагмотомия 17-18 см, ревизия и временный гемостаз (тампопада, сдавление магистральных сосудов [нижняя полая вена + прием Прингла]), пересечение реберной дуги и продление разреза на переднюю брюшную стенку, изолированная перевязка внутрипеченочных сосудов и желчных ходов, ушивание раны печени «от дна» (оментогепатопексия?), окончание операции (дренирование подпеченочного, поддиафрагмального пространств, ушивание лапаротомной раны, раны диафрагмы, дренирование плевральной полости, ушивание торакотомной раны)

Хирургическая тактика 11

- **Левостороннее** чресплевральное ТАР
 - Рана заднего ската диафрагмы <3 см – повреждены только неподвижные органы поддиафрагмального пространства (селезенка, редко - желудок) – диафрагмотомия 17-18 см, основной этап (спленэктомия, спленорафия и тд), дренирование левого поддиафрагмального пространства, ушивание раны диафрагмы, дренирование плевральной полости, ушивание раны груди

Хирургическая тактика 12

- **Левостороннее** чресплевральное ТАР
 - Рана центра, переднего ската диафрагмы, рана любой части >3 см – ушивание раны диафрагмы, дренирование плевральной полости, лапаротомия

Абдомино-торакальные ранения (диагностика)

- Ранения с брюшной стенки с чрес- или внебрюшинным повреждением диафрагмы, проникающие в плевральную полость (внеплевральное ранение сердца в 25-30% с летальностью 20%)
- Расположение раны в верхних отделах передней брюшной стенки + признаки внутригрудного повреждения.

Абдомино-торакальное ранение сердца

- Верхне-срединная лапаротомия (при необходимости с частичной срединной стернотомией)
- Мобилизация левой доли печени
- Диафрагмотомия через рану
- Ушивание раны сердца
- Дренажирование перикарда
- Шов перикардитомического отверстия, диафрагмы, лапаротомной раны.

Абдомино-торакальное ранение (без клиники ранения сердца)

- Ревизия раны
- Пункция плевральной полости через диафрагму
- При необходимости – дренирование плевральной полости
- Брюшной этап операции