

# 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 (внешние [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. Beck'a: 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 (смещающаяся 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 З и более ран живота и сомнительной клинической картине шире ставить показания к лапаротомии
- При отсутствии показаний к торакотомии 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 поддиафрагmalного (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 (тампонада, 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» (omentogепатопексия?), окончание операции (дренирование подпеченочного, поддиафрагmalного 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
- Дренирование 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