



Рис. 1. Внутриматочный контрацептив, внедрившийся в брыжейку червеобразного отростка (слева — флегмонозно измененный аппендикс).

(метрогил, цефатоксим, селимицин) терапия. Выписана через неделю, осмотрена через месяц — жалоб нет.

Данный клинический случай является примером полной перфорации матки, благоприятно закончившейся для пациентки. Просматривается неправильная интерпретация клинических и ин-

струментальных данных, неоправданное затягивание сроков оказания оперативного пособия, отсутствие должной преемственности между лечебными учреждениями.

Литература

1. Айламазян Э.К., Рябцева И. Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. — Нижний Новгород, 1997.
2. Прилепская В.М. Внутриматочная контрацепция : руководство. — М.: Медпресс, 2000.
3. Шарапова О.В., Кулаков В.И., Стрижаков А.М. Современные методы профилактики абортот : научно-практическая программа. — М. : Министерство здравоохранения РФ, 2004.

Поступила в редакцию 03.09.05.

RARE COMPLICATION AFTER INSTALLATION OF THE INTRA-UTERINE CONTRACEPTIVE

A.P. Pichyugin, O. V. Novoseltseva
City Hospital No. 1 (Vladivostok)

Rare clinical case: the woman of 23 years old, perforation of the uterine wall by the intra-uterine contraceptive with migration of it into the ileocecal area and development of acute appendicitis. The rarity of such complication, late diagnostics and inadequate treatment at pre-hospital stage are marked.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 1, p. 94-95.

УДК616.26+617.55]-001-072.1-089

В.К. Семенцов, А.Б. Лычев, Г.В. Зачиняев, А.К. Сорока

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА

Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота (г. Владивосток)

Ключевые слова: разрыв диафрагмы, видеоторакоскопия.

Особенностями современного травматизма является увеличение доли тяжелых сочетанных травм. Сочетание закрытых повреждений нескольких анатомических областей отягощает течение травматической болезни и часто приводит к летальному исходу [1, 3]. Диагностика таких состояний затруднительна вследствие тяжелого состояния пациента, и часто при обнаружении явной патологии упускаются из виду повреждения смежных областей. Особые трудности диагностики возникают при сочетании повреждений органов живота с черепно-мозговой, травмой позвоночника, груди, таза. Несмотря на применение таких современных методов диагностики, как ультразвуковое исследование, спиральная компьютерная томография, повреждения органов живота зачастую не распознаются (или выполняются неоправданные лапаротомии, обусловлен-

ные гипердиагностикой). Частота эксплоративных лапаротомий достигает 22—41%. Снижение этого числа в значительной мере определяется разработкой и внедрением малоинвазивных технологий в хирургию закрытых повреждений [2, 4], что можно проиллюстрировать двумя собственными наблюдениями.

Наблюдение 1. Больной Е., 29 лет, 01.10.2005 г. попал в дорожно-транспортное происшествие. Госпитализирован в ЦРБ г. Большой Камень с диагнозом: «Тупая травма живота, субсерозный разрыв толстой кишки, внутрибрюшное кровотечение. Закрытый перелом основной фаланги 1-го пальца левой стопы. Рвано-ушибленные раны волосистой части головы». При поступлении выполнен лапароцентез, получена кровь. Проведена лапаротомия. При ревизии в брюшной полости удалено 300 мл крови, найдены и ушиты субсерозные раны толстой кишки. Другой патологии не выявлено. Брюшная полость дренирована, выполнена первичная хирургическая обработка ран головы. 03.10.2005 г. пациент переведен в Военно-морской госпиталь г. Фокино. Получал симптоматическое лечение, предъявлял жалобы на боли в эпигастрии (купировались медикаментозно). Рентгенологически заподозрен разрыв диафрагмы. Для дальнейшего лечения переведен в Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота.

При обследовании убедительных рентгенологических признаков разрыва диафрагмы не получено, фиброгастро-дуоденоскопическая картина без патологии (отмечалось лишь некоторое повышение уровня стояния левого купола диафрагмы). Пассаж контрастного вещества по кишечнику не нарушен. Аускультативно выслушивались перистальтические шумы в нижних отделах левой плевральной полости. С предварительным диагнозом «Посттравматический разрыв левого купола диафрагмы» подготовлен

к операции. 02.11.2005 г. выполнена видеоторакоскопия слева. При ревизии в плевральной полости обнаружена петля толстой кишки и стенка желудка. Попытка вправить органы в брюшную полость оказалась безуспешной. Выполнена торакотомия, выявлен переднемедиальный дефект купола диафрагмы размером около 5 см. Желудок и толстая кишка по краю разрыва были плотно фиксированы спайками. Спайки рассечены, органы вправлены в брюшную полость, дефект диафрагмы ушит, плевральная полость дренирована. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 10-е сутки, заживление первичное. Выписан по выздоровлении.

Наблюдение 2. Больной К., 20 лет, 14.01.2005 г. во время работ на территории части при открывании ангара упал ничком и был придавлен к земле упавшей дверью. Зарегистрированы кратковременная потеря сознания, носовое кровотечение. Врачом доставлен в Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота. Предъявлял жалобы на головокружение, слабость, боли в груди, пояснице и нижних отделах живота. В приемном отделении выполнено обследование. Клинически определялись гипотония (90 и 50 мм рт. ст.) тахикардия (110 ударов в мин.), ослабление дыхательных шумов и притупление перкуторного звука справа, напряжение мышц передней брюшной стенки в левой половине и гипогастрии, слаболожительные перитонеальные симптомы. На рентгенограммах отмечено равномерное снижение прозрачности легочного поля справа, разрыв лобкового симфиза, перелом поперечных отростков поясничных позвонков. Цистографически явного повреждения мочевого пузыря не определялось. В анализах крови обращал на себя внимание лейкоцитоз ($19,9 \times 10^{12}$ л).

Выставлен диагноз: «Тяжелая сочетанная травма головы, груди, живота, таза, позвоночника. Закрытая черепно-мозговая травма. Ссадина спинки носа. Закрытая травма груди. Гемоторакс справа. Закрытая травма живота. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение? Разрыв лонного сочленения. Перелом поперечных отростков 3–4-го поясничных позвонков. Травматический шок 2 ст.». Учитывая показания к операции, принято решение воздержаться от дальнейших инструментальных исследований. 14.01.2005 г. под местной анестезией выполнено дренирование правой плевральной полости — получена кровь. Пострадавший интубирован, далее в условиях общей анестезии выполнена диагностическая лапароскопия. При ревизии из поддиафрагмальных и подпеченочного пространств, правого фланка и малого таза получено около 700 мл темной крови и свертков. Через отдельные проколы установлены дополнительные лапаропорты (5 и 10 мм), введен необходимый набор инструментов. При дополнительной ревизии в левой подвздошной ямке обнаружена обширная ненапряженная и неппульсирующая забрюшинная гематома, распространявшаяся до нижнего полюса левой почки. В левой доле печени от основания круглой связки на границе 3-го и 4-го сегментов найден разрыв 2 степени с незначительным венозным кровотечением. В правом куполе диафрагмы обнаружен переднелатеральный разрыв размером 5х3 см. Через дефект диафрагмы в правую плевральную полость введен лапароскоп, удалено около 500 мл крови и свертков. Плевральная и брюшная полости осушены. Выполнена коагуляция раны печени аргонеплазменным потоком, позволившая бесконтактным методом образовать надежный струп. В рану печени подведена и подшита узловым эндошвом пряжа большого сальника, фиксированная дополнительно клипсой. Гемостаз стойкий. Ушивание раны диафрагмы выполнено со стороны брюшной полости. Первый шов-держалка был наложен на дальний

край раны. После этого при тракции за шов-держалку рана последовательно ушита Z-образными интракорпоральными швами. Брюшная полость санирована и осушена. Дренированы правое поддиафрагмальное и подпеченочное пространства и малый таз. Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж из плевральной полости удален через сутки, из брюшной полости — на вторые сутки. На контрольных рентгенограммах правое легкое расправилось, инфильтративных и очаговых изменений, воздуха, выпота в плевральной полости не обнаружено. Швы сняты, заживление первичное. Дальнейшее лечение пациент получал в травматологическом отделении.

Таким образом, методически верно и по показаниям выполняемые эндовидеохирургические операции позволяют точно диагностировать повреждения органов брюшной полости, диафрагмы, избрать оптимальный доступ и выполнить радикальное вмешательство, а в ряде случаев — избежать травматичного операционного доступа (лапаротомии или торакотомии). Имея достаточный опыт как в открытой, так и в эндохирургии и соответствующее и современное оборудование, можно достоверно оценить характер полученной травмы и перевести диагностическую операцию в лечебную. Аргоневая плазменная коагуляция разрывов печени в сочетании с оментогепатопексией — достаточно надежный способ для установления холе- и гемостаза. Целесообразность внедрения эндовидеохирургии в лечение пострадавших с закрытыми повреждениями живота и груди при стабильном состоянии пациента, отсутствии убедительных клинических и лабораторно-инструментальных признаков массивного кровотечения и повреждения полых органов не вызывает сомнений.

Литература

1. Алимов А.Н., Исаев А.Ф., Отлыгин Ю.В. и др. // *Эндоскопическая хирургия*. — 2004. — № 1. — С. 2-3.
2. Бебуришвили А.Г., Баранова О.А., Нестеров С.С. // *Эндоскопическая хирургия*. — 2004. — № 1. — С. 27.
3. Брюсов П.Г., Нечаев Э.А. *Военно-полевая хирургия*. — М.: ГЭОТАР, 1996.
4. Курицин А.Н., Немытин Ю.В., Пинчук О.В., Семенов В.К. *Эндоскопическая хирургия боевой травмы*. — Владивосток: Дальпресс, 2005.

Поступила в редакцию 03.11.05.

ENDOSCOPIC SURGERY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE COMPLEX TRAUMA OF THORAX AND ABDOMEN

V.K. Sementsov, A.B. Lychev, G. V. Zachinyaev, A.K. Soroka
Pacific Fleet Navy Hospital (Vladivostok)

Summary — Two clinical cases. At complex trauma of thorax and abdomen two patients of 29 and 20 years old underwent endovideosurgical procedures which have allowed to diagnose the rupture of the diaphragm, to specify the damage picture in inner organs and to plan the surgical treatment. Necessity of endovideosurgical techniques in treatment of victims with severe traumatic damages is emphasized.