

УДК 616.441-001-06-035.2-089-036.8 (045)

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Масляков В.В., Шихмагомедов А.З.

*ГОУ ВПО «Саратовский государственный военно-медицинский институт», Саратов,
e-mail: maslyakov@inbox.ru*

Изучены истории болезней 472 пациентов с закрытыми повреждениями селезенки. Установлено, что послеоперационная летальность у пациентов, оперированных по поводу закрытых повреждений селезенки, составляет 21,4%. Основными причинами летальных исходов являются геморрагический и травматический шок – 6%; гнойно-септические осложнения – 4%; черепно-мозговые травмы – 4%. Летальный исход зависит от следующих факторов: количества поврежденных органов, тяжести шока, в меньшей степени от объема внутрибрюшной кровопотери.

Ключевые слова: закрытые повреждения селезенки, летальность

THE FACTORS DEFINING THE LETHALITY AT THE CLOSED DAMAGES OF THE LIEN

Maslyakov V.V., Shihmagomedov A.Z.

The Saratov state military-medical institute, Saratov, e-mail: maslyakov@inbox.ru

Stories of illnesses of 472 patients with the closed damages of a lien are studied. It is established that the postoperative lethality at the patients operated concerning closed damages of a lien, makes 21,4%. Principal causes of lethal outcomes are a hemorrhagic and traumatic shock – 6%; is purulent-septic complications – 4%; craniocerebral traumas – 4%. The lethal outcome depends on following factors: quantity of the damaged organs, gravity of a shock, to a lesser degree from volume of an intraabdominal hemorrhage.

Keywords: the closed damages of a lien, a lethality

Повреждения селезенки при механической травме встречаются в 15–50% от числа всех пострадавших с травмой живота [2, 7, 8, 9, 10]. Они занимают 2–3-е место после повреждений печени и кишечника [1, 3, 11]. При этом летальность достигает 25% [9]. Среди механизмов развития закрытых травм селезенки преобладают прямые удары в область левого подреберья, сдавления нижних отделов грудной клетки, сила инерции при падении с высоты [6]. Доказано, что изолированные повреждения селезенки редко приводят к гибели пациентов, летальность при этом не превышает 1,6–5,4% [4, 7]. Основной причиной, приводящей к смерти пострадавших, являются множественные и сочетанные повреждения, наблюдающиеся в 30–35% случаев [5]. Летальность же при этом достигает 40,9% [6].

Цель исследования – установить основные факторы, влияющие на летальность при закрытых травмах селезенки.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели изучены истории болезней 472 пациентов с закрытыми повреждениями селезенки. В течение первого часа от получения травмы в стационар госпитализировано 47% больных, 40% – в течение 6 часов, 13% пациентов – позже. Из 472 пациентов, госпитализированных с закрытыми травмами, сочетанные и множественные повреждения отмечены у 224 (47,4%) пациентов, изолированные

повреждения – у 248 (52,5%). Шок различной степени тяжести зарегистрирован у 390 больных. Причем 98 (19,5%) человек этой группы получили тяжелую политравму. По объему внутрибрюшной кровопотери больные распределились следующим образом: в 226 наблюдениях (47,8%) она не превышала 500 мл, в 157 (33,2%) объем ее составил 1000–1500 мл, и в 89 (23,7%) случаях превышал 1500 мл.

Результаты исследования и их обсуждение

Из общего количества поступивших больных с закрытыми травмами селезенки умерло 90 больных, послеоперационная летальность составила 21,4%.

Причины летальных исходов у оперированных больных представлены в табл. 1.

Исходя из данных, представленных в табл. 1, видно, что основной причиной смерти оперированных больных является шок, как травматический, так и геморрагический, причем смерть от геморрагического шока превышала смертность от травматического шока. Развитие шока стала причиной гибели 15 (4%) больных, смерть которых зарегистрирована на операционном столе. Развитие шока стало причиной гибели еще 23 (6%) пациентов в первые послеоперационные сутки. Среди других важных причин, приведших к летальным исходам, необходимо отметить гнойно-септические осложнения, которые закончились неблагоприятно в 16 наблюдениях. Из общего

количества умерших некупирующийся перитонит вследствие сопутствующего повреждения кишечника отмечен в 7 наблю-

дениях, а в 9 случаях смерть наступила от присоединившейся пневмонии при сопутствующем повреждении груди.

Таблица 1

Причины летальных исходов у больных с закрытыми повреждениями селезенки

Причины смерти	Количество больных	
	Абсолютное число	%
Геморрагический шок	34	8
Травматический шок	25	6
Гнойно-септические осложнения	16	4
Черепно-мозговые травмы	15	4
Всего	90	100
Из них:		
Смерть во время операции	15	4
Смерть в первые послеоперационные сутки	23	6

В несколько меньших случаях – 15 (4%) – причиной смерти оперированных пациентов стала черепно-мозговая травма.

При проведении анализа послеоперационной летальности от шока отмечается закономерное увеличение числа умерших больных с возрастанием степени шока. Данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Летальность при закрытых повреждениях селезенки в зависимости от степени шока

Степень шока	Количество больных	Из них умерло	
		Абсолютное число	%
I	80	7	2
II	121	21	5
III	189	31	8
Всего	390	59	15

Подобная зависимость обнаружена между показателями послеоперационной летальности и количеством поврежденных органов (табл. 3).

Анализ показал, что менее значимой оказалась зависимость количества летальных исходов от объема внутрибрюшной кровопотери (табл. 4).

С целью объективного выявления других факторов, влияющих на летальность, нами изучено влияние характера повреждения органа и внутрибрюшной кровопотери на исход операции. При этом всех пострадавших разделили на три группы.

Первая – больные с небольшими повреждениями селезенки, сопровождающимися внутрибрюшной кровопотерей в объеме до 1000 мл. Данную группу составили 180 (43%) человек. Из них изолированные повреждения отмечены у 28 (11,7%) больных, множественные – у 142 (88,2%).

Таблица 3

Летальность при закрытых повреждениях селезенки в зависимости от количества поврежденных органов

Количество поврежденных органов	Количество больных	Из них умерло	
		Абсолютное число	%
1	28	2	7
2	41	4	10
3	95	17	18
4 и более	60	59	98
Всего	224	82	37

Вторая группа – 158 (38%) человек, получивших более значительные повреждения с внутрибрюшной кровопотерей до 1500 мл. Изолированные повреждения у пациентов данной группы отмечены у 101 (62,1%), множественные – у 67 (37,8%) больных.

У пациентов третьей группы зарегистрированы тяжелые повреждения селезенки, сопровождающиеся кровопотерей более 1500 мл. Данную группу составили 78 (18,5%) больных, из них сочетанные по-

вреждения имели 15 (19,2%), множественные – 63 (80,7%) пострадавших.

Таблица 4

Летальность при закрытых повреждениях селезенки в зависимости от объема внутрибрюшной кровопотери

Объем внутрибрюшной кровопотери, мл	Количество больных	Из них умерло	
		Абсолютное число	%
до 1000	226	60	33,3
1000–1500	157	25	15,8
Более 1500	89	5	6,4
Всего	472	90	21,6

При анализе летальности наибольшее количество неблагоприятных исходов отмечено в первой группе – 60 (33,3%). Причем большинство умерших имели сочетанные и множественные повреждения.

Несколько лучшими оказались результаты во второй группе больных, где летальность составила 25 (5,9%).

Наименьшие показатели летальности отмечены в третьей группе – 5 (1%). Из общего числа умерших сочетанные повреждения зарегистрированы у 4 человек, а с изолированным повреждением селезенки смерть зарегистрирована лишь в 1 наблюдении.

Таким образом, на развитие неблагоприятного исхода при травме селезенки оказывают влияние не столько характер повреждения органа и объем внутрибрюшной кровопотери, сколько сочетание повреждений и тяжесть шока.

Выводы

1. Послеоперационная летальность у пациентов, оперированных по поводу закрытых повреждений селезенки, составляет 21,4%.

2. Основными причинами летальных исходов являются геморрагический и трав-

матический шок – 6%; гнойно-септические осложнения – 4%; черепно-мозговые травмы – 4%.

3. Летальный исход зависит от следующих факторов: количества поврежденных органов, тяжести шока, в меньшей степени от объема внутрибрюшной кровопотери.

Список литературы

1. Горшков С.З. Закрытые повреждения живота и таза / С.З. Горшков, И.З. Козлов, В.С. Волков // Хирургия. – 1985. – № 11. – С. 42–44.
2. Цыбуляк Г.Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. – С-Петербург, 1995. – С. 323–325.
3. Шапкин В.В. Лечебная тактика при закрытой травме селезенки у детей / В.В. Шапкин, А.П. Пипиленко, А.Н. Шапкина и соавт. // Детская хирургия. – 2004. – №1. – С. 27–31.
4. Герасименко Л.И. Закрытые множественные и сочетанные повреждения органов живота // Клиническая хирургия. – 1981. – № 4. – С. 57–58.
5. Кузин Н.М. Хирургическая тактика при повреждениях селезенки // Хирургия. – 1984. – № 8. – С. 144–147.
6. Сингаевский А.Н. Причины летальных исходов при тяжелой сочетанной травме / А.Н. Сингаевский, Ю.А. Карнаевич, И.Ю. Малых // Вестник хирургии. – 2002. – №2. – С. 65.
7. Романенко, А.Е. Закрытые повреждения живота. – Киев: Здоровья, 1985. – С. 13–36.
8. Савельев В.С. Перспектива использования плазменного скальпеля в хирургической практике / В.С. Савельев, И.В. Ступин, В.С. Волкозедов // Хирургия. – 1986. – №10. – С. 153–156.
9. Усов Д.В. Лечение закрытых повреждений селезенки / Д.В. Усов, В.А. Махнев, З.И. Белова // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1983. – № 2 – С. 74–77.
10. Fri D.E., Garrison R.W., Williams H.C. Patteraus of morbidity and mortality in splenic trauma // Amer. Surg. – 1980. – Vol. 46, № 1. – P. 28–32.
11. Guthy E. Traitement des blessures de la rate par coagulation aux intra-rouges // J. Chir. (Paris). – 1981. – Vol. 118, №6/7. – P. 429–431.

Рецензенты:

Половцев О.П., д.м.н., профессор кафедры экологии и безопасности жизнедеятельности Саратовского государственного социально-экономического университета, г. Саратов;

Гермашев А.Г., д.м.н., профессор кафедры экологии и безопасности жизнедеятельности Саратовского государственного социально-экономического университета, г. Саратов.