



**В. В. Бойко, І. А. Тарабан,
В. Г. Грома**

*Харківський національний
медичний університет*

© В. В. Бойко, І. А. Тарабан,
В. Г. Грома

ХІРУРГІЧНІ ТАКТИКА І ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ БРИЖОВОГО КРОВОТОКУ, СПРИЧИНЕНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ КИШЕЧНИКУ І ЙОГО БРИЖІ ПРИ АБДОМІНАЛЬНІЙ ТРАВМІ

Резюме. У роботі викладено сучасні погляди на проблему гострих порушень брижового кровотоку, спричинених ушкодженнями кишечника і його брижі при абдомінальній травмі. Встановлено поширеність даної патології, частоту і механізми розвитку ускладнень, результати лікування. Також подано етіопатогенетичну класифікацію ішемічних уражень кишечника при абдомінальній травмі та розроблені на її основі хірургічну тактику і методи оперативного лікування даної категорії хворих.

Ключові слова: абдомінальна травма, ушкодження кишечника і брижі, мезентеріальна ішемія.

Вступ

Хірургам здавна відомі травми живота, які приносять хворим надзвичайно тяжкі фізичні і моральні страждання і нерідко створюють загрозу для життя. Серед них, незважаючи на успіхи сучасної медицини, травматичні ушкодження кишечника і його брижі залишаються однією з найактуальніших проблем [1, 2, 9].

Ще на початку ХХ століття ці пошкодження були фатальними. Траплялися й спонтанні одужання, але вони були поодинокими і випадковими. Не можливо було заздалегідь передбачити того поєднання сприятливих умов, які б дали бажаний результат. У наш час це положення є ортодоксальним, однак ще понад сто років тому воно вважалося химерою. З іншого боку, з найдавніших часів можна простежити еволюцію методик лікування поранень голови, грудей, кінцівок. Що ж стосується поранень живота, а особливо кишечника та його брижі, то відомості про них досить уривчасті і самостійною проблемою вони в минулі століття не були [1, 3, 4, 5].

Останніми роками відзначається чітка тенденція до збільшення постраждалих з абдомінальною травмою. Структура травматизму змінюється за рахунок неухильного зростання транспортних пригод, падінь із висоти, проникаючих поранень. За даними досліджень ВООЗ, проведених спільно з Гарвардським центром перспективних досліджень, травматизм (переважно автодорожні травми, стихійні лиха і тероризм) може стати основною причиною смерті до 2020 р. Одним із складних і мало вивчених питань травми органів черевної порожнини є пошкодження тонкої і товстої кишок та їх брижі, що супроводжуються ішемічними розладами. До цих пір дані з цієї проблеми залишаються мізерними і розрізненими. Перед хірургами постає складне завдання надання допомоги цій групі постраждалих, оскільки й сьогодні ще відсутня єдина класифікація й не вироблено єдину тактику лікування ушкоджень [6, 7, 8].

Матеріал і методи

Нами обстежено 98 хворих (12% випадків усіх пошкоджень органів черевної порожнини), що перебували на лікуванні в клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України» з ушкодженнями брижі або стінки кишечника, які мали негативний вплив на його кровопостачання. Чоловіків було 87 (88,8%), жінок — 11 (11,2%). Більше 60% постраждалих при госпіталізації перебували в стані алкогольного сп'яніння. Більшість становили особи працездатного віку, що говорить про високу соціальну значущість даної проблеми (табл. 1).

Основними причинами пошкоджень кишечника і його брижі були закрита травма живота й колото-різані поранення, рідше вогнепальні пошкодження. Абдомінальна травма поєднувалася з ушкодженнями грудної клітки, переломами кісток тазу, черепно-мозковою травмою. Торакоабдомінальні поранення становили 9,7% усіх пошкоджень. У стані шоку доставлено 65,0% пацієнтів.

Ізольовані пошкодження тонкої кишки і (або) її брижі встановлено нами у 41 хворого, у 47 — пошкодження брижі чи власне самої товстої кишки. Відносно рани до просвіта кишки виділяли пошкодження проникаючі і непроникаючі у її просвіт. Серед останніх розрізняли забої стінки кишки з крововиливами з боку слизової і (або) серозної оболонки, забої стінки з підсерозними гематомами і крововиливами в товщу стінки, гематоми стінки та її брижі, поздовжні розриви брижі, поперечні розриви брижі кишки, відрив брижі з некрозом кишки, відрив брижі без некрозу кишки, гематому заочеревинної частини кишки і пошкодження, проникаючі в просвіт кишки (розрив або рана кишки, що займає 1/3 кола, розрив чи рана кишки, що займає 1/2 кола, розрив чи рана кишки, що займає більше 1/2 кола або повний розрив, наскрізні поранення).

Залежно від локалізації ушкодження відносно до стінки кишки виділяли розриви і (або) поранення брижового і протибрижового країв кишки;

за кількістю ушкоджень — поодинокі і множинні розриви і (або) поранення.

Діагностика ушкоджень кишечника і його брижі ґрунтувалася на клініці та результатах спеціальних методів обстеження. Обсяг діагностичних заходів установлювався залежно від тяжкості стану потерпілого. При закритій травмі живота виконувалися оглядова рентгенографія, сонографія або комп'ютерна томографія органів черевної порожнини (при можливості з візуалізацією судинних структур), лапароцентез із нишпорячим катетером або лапароскопія. При відкритих пошкодженнях проводилася первинна хірургічна обробка ран. У більшості випадків проникаючий характер рани був показанням до лапаротомії. Постраждалим у тяжкому стані виконувався мінімум обстеження, і вони швидко доставлялися в операційну. При пізньому зверненні з клінікою загального чи розлитого перитоніту протягом кількох годин проводилася інтенсивна передопераційна підготовка до мінімальної стабілізації стану пацієнта. При торакоабдомінальних пораненнях перед операцією обов'язково дрениувалася плевральна порожнина.

У 10 постраждалих пошкодженими виявилися відразу кілька відділів кишечника. Наскрізні поранення кишки виявлено у 9 (9,2%) пацієн-

тів. Ізольована травма товстої кишки траплялася в 26,6% випадків, тонкої — в 28,6%, у решти були множинні ушкодження органів. Найчастіше разом із товстою кишкою ушкоджувалися тонка кишка, шлунок, печінка, підшлункова залоза. Розлитий або загальний перитоніт діагностовано у 22 (22,5%) постраждалих.

До факторів ризику при травмі кишечника відносили тяжкий шок, масивну крововтрату, сполучену травму, фекальне забруднення черевної порожнини і перитоніт. Під час проведення ревізії черевної порожнини особливо ретельно оглядали брижовий край кишки для своєчасного виявлення невеликих ран, прикритих гематомою.

У клініці інституту за останні роки вироблено чітку тактику ведення постраждалих із травмами кишечника і (або) його брижі різного ступеня тяжкості. Вона строго індивідуалізована і залежить від характеру ушкоджень, ступеня порушення кровопостачання пошкодженої ділянки кишки, тяжкості стану потерпілого. У даній категорії пацієнтів під час будь-якого оперативного втручання відповідальним моментом є оцінка адекватності васкуляризації пошкодженого сегмента кишки або її брижі. Особливо це важливо при ранах і розривах брижового краю кишки, гематомах брижі, вогнепальних ранах, бо головною причиною неспроможності швів у цих випадках є неправильна оцінка під час операції адекватності кровопостачання пошкодженої ділянки кишки.

Особливо небезпечними є пошкодження задньої стінки висхідної або низхідної ободової кишки, що виникають при колото-різаних ранах поперекової ділянки. Ми спостерігали 3 подібних випадки. Виявити таке пошкодження вкрай складно: при первинній хірургічній обробці рани рідко вдається простежити до кінця хід ранового каналу, при лапароцентезі кров та інші патологічні рідини не виявляються, при лапароскопії можна побачити лише невелику заочеревинну гематому в ділянці бічного каналу. Запідозрити пошкодження можна, якщо з рани виділяється газ і калові маси, що буває вкрай рідко (з трьох випадків лише в одному). При цьому єдиним можливим способом діагностики пошкодження є вальверографія (у рану вводять контрастну речовину і виконують рентгенографію). При пораненні стінки кишки виявляється контраст у просвіті кишки, але можлива й діагностична помилка. Подібна ситуація виникла в одного з наших пацієнтів — через добу з'явилися висока температура, лихоманка, біль у рані з розвитком клініки флегмони поперекової ділянки. Тактика в цій ситуації така: зняття всіх швів із рани, розширення її, дренивання всіх гнійних затьоків із видаленням некротичних тканин, далі лікування флегмони за всіма правилами гнійної хірургії. При цьому колостома не накладалася, в подальшому сформувалася трубчаста товстокишкова нориця, яка закрилася самостійно без оперативного втручання.

Таблиця 1

Розподіл постраждалих за віком

Вікова група	Кількість постраждалих	
	абс.	відн. (%)
До 20 років	8	8,2
20—30 років	31	31,6
31—40 років	33	33,7
41—50 років	17	17,3
Старші 50 років	9	9,2

Таблиця 2

Структура пошкоджень стінки кишки та її брижі за механізмом травми

Вид травми	Кількість	
	абс.	відн. (%)
Закриті пошкодження	45	45,9
Колото-різані рани	43	43,9
Вогнепальні рани	4	4,1
Ятрогенні пошкодження	1	1,0
Спонтанні розриви	5	5,1

Таблиця 3

Структура пошкоджень за поширеністю

Вид травми	Кількість	
	абс.	відн. (%)
Ізольовані пошкодження	26	26,5
Множинні пошкодження	54	55,1
Поєднані пошкодження	18	18,4



Результати дослідження

У нашому дослідженні найтяжчу групу становили постраждалі з відривом тонкої або ободової кишки від брижі та розвитком гангрені відповідної ділянки кишки (11 хворих). У 6 випадках пошкоджувалися головні стовбури брижових судин: верхньої — 4 пацієнти, нижньої — 1 і в одного хворого були пошкоджені обидві артерії. У решти потерпілих були пошкоджені судини другого і третього порядків, при цьому в 3 із них одночасно з відривом від брижі та некрозом тонкої кишки було констатовано відрив і некроз товстої кишки.

При роздавленні стінки кишки, пошкодженні брижі з гангреною кишки проводилася її резекція. З усіх операцій резекція різних відділів кишечника проведена нами в 32 (32,65%) випадках. У 7 хворих одночасно з резекцією тонкої кишки виконано резекцію ободової кишки. Складним завданням був вибір способу завершення операції після резекції ободової кишки, при цьому враховували тяжкість стану потерпілого, стабільність гемодинаміки, наявність перитоніту. При стабільній гемодинаміці і відсутності перитоніту ми вдавалися до накладання первинного анастомозу. При нестабільній гемодинаміці і наявності перитоніту виконано операції типу Гартмана або Мікуліча. У літніх, ослаблених пацієнтів, при цукровому діабеті ми накладаємо проксимальну колостому з повним виключенням пошкодженої ділянки з пасажу.

Особлива відповідальність лежить на хірургу, який допомагає постраждалим із вогнепальними пораненнями кишечника. Тактика в такій ситуації є індивідуальною. При вогнепальних ранах менш половини діаметра кишки проводиться широке висічення рани і ушивання. При ранах більше половини діаметра кишки, множинних пошкодженнях кишки, її розмозженні, пошкодженні брижі з порушенням харчування кишки проводиться її резекція. Із 30 оперованих із вогнепальними пораненнями кишечника в 19 зроблено ушивання ран. У 3 випадках ушивання доповнено трансцекальною інтубацією тонкого кишечника. В 11 постраждалих проведено резекцію ободової кишки. Первинний анастомоз сформований у 7 випадках. При гладкому післяопераційному

періоді, відсутності ускладнень з боку черевної порожнини, параколомостомічних ускладненнях колостому намагалися закрити протягом 30 днів.

Ускладнення після операції відзначено у 15 (15,31%) пацієнтів, у 7 — сталося нагноєння рани черевної стінки, у 3 випадках ускладнення були з боку черевної порожнини: у 2 — розвинувся перитоніт, в 1 — неспроможність швів анастомозу. Усім 3 хворим виконано релапаротомію, санацію і дренажування черевної порожнини. При неспроможності швів ділянку кишки зі швами виводився на черевну стінку. Померли п'ятеро: двоє — на операційному столі, серед інших трьох у першу добу від тяжкої комбінованої травми — один, ще один — від тромбоемболії легеневої артерії, третій — від двобічної пневмонії. Загальна летальність — 5,1%.

Висновки

1. Екстрену спеціалізовану допомогу постраждалим із гострими порушеннями брижового кровотоку, спричинених ушкодженнями кишечника та його брижі, при абдомінальній травмі необхідно надавати в спеціалізованому центрі політравми з можливістю виконання судинної допомоги.

2. У структурі ішемічних мезентеріальних розладів переважають закриті та колото-різані пошкодження з превалюванням множинних.

3. Вибір хірургічної тактики у пацієнтів із гострими порушеннями мезентеріального кровотоку, спричинених ушкодженнями кишечника та його брижі, повинен базуватися на алгоритмі, підпорядковуватися єдиній тактиці ведення даної категорії постраждалих, що обов'язково враховує механізм травми, поширеність пошкоджень, їх кількісну та якісну характеристики, а також індивідуальні дані пацієнта.

4. Успішне лікування постраждалих із гострими порушеннями мезентеріального кровотоку залежить від правильно обраної тактики, адекватного обсягу втручання, раціонального способу завершення операції.

5. Прийнята нами тактика при ушкодженнях кишечника та його брижі, що супроводжуються порушеннями мезентеріального кровотоку, дозволила добитися низьких показників летальності і кількості ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. Особенности диагностики и определения рациональной лечебной тактики при закрытой сочетанной травме живота / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Мальячук // Российский медицинский журнал. — 2003. — №2. — С. 23—25.

2. Алгоритм действий при сочетанной травме с повреждением внутренних органов / А.С. Балалыкин, А.Н. Алимов, Ю.В. Отлыгин [и др.] // Материалы выездного пленума РАЭХ. — Барнаул, май 2002 г. — Барнаул, 2002. — С. 56—58.

3. Алгоритмы реанимационного пособия, интенсивной терапии и эфферентных методов у больных с комбинированной травмой и массивной кровопотерей / А.Н. Грошев, В.П. Шевяков, Н.К. Попков [и др.] // Эфферентная терапия. — 2003. — Т. 9, №1. — С. 73—73.

4. Множественное повреждение живота в сочетании с посттравматическими забрюшинными кровоизлияниями / А.И. Рылов, Н.С. Кравец, А.В. Капшитарь, И.Ф. Сырбу // Зб. наук. пр. Української військово-медичної академії «Проблеми військової охорони здоров'я». — К., 2000. — Вип. 7. — С. 532—532.



5. Особенности хирургической тактики при сочетанном повреждении крупных кровеносных сосудов и внутренних органов живота / А.Ю.Абрамов, А.Б.Ларичев, А.В.Волков, Р.Ю.Кончугов // Сб. матер. Всерос. науч. конф. «Актуальные проблемы современной тяжелой травмы». — СПб, 2001. — С. 8—9.

6. Ошибки, опасности и осложнения диагностики и перспективы эндохирургии закрытых повреждений живота при тяжелой сочетанной травме / А.Н.Алимов, А.Ф.Исаев, Ю.В.Отлыгин [и др.] // Материалы VII съезда Российского общества эндоскопических хирургов. — Москва, 16—20 февраля 2004 г. — М., 2004. — С. 17—19.

7. Ранения живота и таза с повреждением магистральных сосудов / С.В.Лохвицкий, Т.А.Сагинов, В.В.Никонов, Т.О.Оспанов // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. — 1995. — №3. — С. 65—67.

8. Chol Y.B. Therapeutic laparoscopy for abdominal trauma / Y.B.Chol, K.S.Lim // Surg. Endoscopy. — 2003. — Vol. 17, №3. — P. 421—427.

9. Evolving concepts in the management of colonic injury / M.G. Bowley Douglas, D. Boffard Kenneth, Goosen Jacques [et al.] // Injury. Int. J. Care Injured. — 2001. — Vol. 32. — P. 435—439.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ БРЫЖЕЕЧНОГО КРОВотоКА, ВЫЗВАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КИШЕЧНИКА И ЕГО БРЫЖЕЙКИ, ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

*В. В. Бойко, И. А. Тарабан,
В. Г. Грома*

SURGICAL TACTICS AND TREATMENT OF VICTIMS WITH ACUTE MESENTERIC BLOOD SUPPLY DISTURBANCE CAUSED BY DAMAGE OF THE INTESTINE AND MESENTERY IN ABDOMINAL TRAUMA

*V. V. Boyko, I. A. Taraban,
V. G. Groma*

Резюме. В работе представлены современные взгляды на проблему острых нарушений брыжеечного кровотока, вызванных повреждениями кишечника и его брыжейки, при абдоминальной травме. Установлены распространенность данной патологии, частота и механизмы развития осложнений, результаты лечения. Также представлены этиопатогенетическая классификация ишемических поражений кишечника при абдоминальной травме и разработанные на ее основе хирургическая тактика и методы оперативного лечения данной категории больных.

Ключевые слова: абдоминальная травма, повреждения кишечника и брыжейки, мезентериальная ишемия.

Summary. The paper presents current views on the problem of acute mesenteric blood supply disturbance caused by damage of the intestine and mesentery in abdominal trauma. Established the prevalence of this disease, the frequency and mechanisms of complications development, treatment outcome. Etiopathogenetic classification of ischemic lesions of the intestine in abdominal trauma is presented. Surgical technique and methods of surgical treatment in these patients are developed.

Key words: abdominal trauma, damage of the intestines and mesentery, mesenteric ischemia.