

М. А. Кашталъян,
И. П. Хоменко,
О. С. Герасименко,
В. Ю. Шаповалов

Національний військово-
медичний клінічний центр
«Головний військовий клінічний
госпіталь», м. Київ

Военно-медичинский
клинический центр Южного
Региона, г. Одесса

Одесский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Резюме. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 52 раненых с огнестрельными ранениями толстой кишки, находившихся на лечении в ВМКЦ ЮР и зоне ответственности (II – IV уровень медицинской помощи) с 2014 г. по 2016 г. Повреждения правой половины толстой кишки наблюдались у 24 раненых (48,1 %), левой половины – у 19 (36,5 %), прямой кишки – у 9 (15,4 %). Применен дифференцированный подход к хирургическому лечению ранений толстой кишки различной локализации. В послеоперационном периоде умерло 2 (3,8 %) раненых с тяжелыми сочетанными ранениями. Летальность была связана с несовместимой с жизнью черепно-мозговой травмой, обширной кровопотерей и шоком. Несостоятельность швов ушитых повреждений толстой кишки имела место в 2 (3,8 %) случаях, в 1 (1,9 %) случае имело место недиагностированное на III уровне медицинской помощи повреждение задней стенки слепой кишки при ее сквозном ранении.

Ключевые слова: хирургическое лечение, огнестрельное ранение, толстый кишечник.

Вступлення

Огнестрельные ранения толстой кишки считаются одними из наиболее неблагоприятных травм органов брюшной полости и характеризуются большим числом осложнений и высокой летальностью. Частота повреждений толстой кишки среди проникающих ранений живота в современных военных конфликтах составляет 52,7 %, по данным АТО – 20,2 %, при этом уровень летальности достигает 26,7 % [2, 8].

Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях толстой кишки неоднозначна. Одни авторы предлагают учитывать состояние брюшины, время, прошедшее от момента травмы, размеры раневого дефекта и обширность повреждения толстой кишки. При дефекте менее 1/3 окружности кишки они предлагают ушивать ее стенку 2-рядным швом, при ранении более 1/3 – ушивать с экстраперитонизацией ушитого участка, при ранении более 1/2 – выполнять обструктивную резекцию по типу операции Гартмана [3, 7]. При размозжении, множественных ранениях предлагается выполнять резекцию кишки с колостомией [1, 2, 8]. При повреждении слепой и восходящего отдела ободочной кишки при благоприятных условиях предлагается выполнять правостороннюю гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом или завершать операцию формированием стомы [1, 2, 8, 10]. При огнестрельных ранениях внутрибрюшинного отдела прямой кишки считается целесообразным выполнять резекцию пораженного участка пра-

мой кишки по типу операции Гартмана. При повреждении внебрюшинного отдела прямой кишки предпочтение отдается формированию проксимальной колостомы через минидоступ, интубации прямой кишки и дренированию раневого канала. При ранении сфинктера проводится первичная хирургическая обработка с первичным швом анального жома и формированием проксимальной колостомы [4, 5, 6]. Другие авторы [9, 11, 12] предлагают во всех случаях иссекать раны толстой кишки и ушивать их 2-рядным швом или выполнять резекцию с анастомозом без колостомы. Они же считают, что перитонит не является противопоказанием к ушиванию ран толстой кишки, при ранах верхнеампулярного отдела прямой кишки считают обязательным ушивание раны с проксимальной колостомией, дренированием параректальной клетчатки, а при ранах нижнеампулярного отдела и анального канала выключение кишки считают ненужным.

Цель исследований

Оптимизация хирургической тактики при огнестрельных ранениях толстой кишки.

Материалы и методы исследований

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 52 раненых с огнестрельными ранениями толстой кишки, находившихся на лечении в ВМКЦ ЮР и зоне ответственности (II – IV уровень медицинской помощи) с 2014 г. по 2016 г. Повреждения правой половины толстой кишки наблюдались у 24 ра-



ненных (48,1 %), левой половины – у 19 (36,5 %), прямой кишки – у 9 (15,4 %). Более детальная локализация и вид ранений представлены в таблице 1.

Таблица 1

Локализация и вид ранений толстой кишки

Локализация	Количество		Вид			
	абс.	%	Пулевые		Осколочные	
			абс.	%	абс.	%
Слепая кишка	8	15,4	2	3,8	6	11,7
Восходящая ободочная	9	17,3	4	7,6	5	9,6
Поперечная ободочная (правая половина)	7	13,5	2	3,8	5	9,6
Поперечная ободочная (левая половина)	4	7,7	1	1,9	3	5,8
Нисходящая ободочная	5	9,6	1	1,9	4	7,6
Сигмовидная	10	19,2	3	5,8	7	13,6
Прямая кишка	9	17,3	5	9,6	4	7,6
Всего	52	100	18	34,5	34	65,5

Характер ранений представлен в таблице 2.

Таблица 2

Характер ранений толстой кишки

Локализация	Характер ранений					
	изолированные		множественные		сочетанные	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Слепая кишка	1	1,9	2	3,8	5	9,6
Восходящая ободочная	2	3,8	4	7,7	3	5,8
Поперечная ободочная (правая половина)	1	1,9	2	3,8	4	7,7
Поперечная ободочная (левая половина)	1	1,9	1	1,9	2	3,8
Нисходящая ободочная	1	1,9	2	3,8	2	3,8
Сигмовидная	3	5,8	5	9,6	2	3,8
Прямая кишка	1	1,9	1	3,8	6	11,7
Всего	10	19,2	18	34,6	24	46,2

Как видно из представленных таблиц, преобладали множественные и сочетанные осколочные ранения.

Результаты исследований и их обсуждение

При одиночных ранениях слепой и восходящей ободочной кишки, проникающих в их просвет, после освежения краев и тщательного гемостаза, ушивали двухрядными узловыми швами. Существенным элементом профилактики несостоятельности швов толстой кишки является экстраперитонизация, а также дренирование вышележащих отделов желудочно-кишечного тракта. При обширных разрушениях, многочисленных сквозных ранениях восходящей ободочной кишки выполняли правостороннюю гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза (при отсутствии разлитого перитонита) или выводили концы подвздошной и поперечной ободочной кишки

на переднюю брюшную стенку отдельно. При точечных повреждениях поперечной ободочной кишки ушивали ее стенку двухрядными узловыми швами в поперечном направлении. При обширных дефектах выполняли резекцию с выведением концов кишки на переднюю брюшную стенку. При ранениях нисходящей ободочной и сигмовидной кишок выполняли обструктивную резекцию с формированием одноствольного противоестественного заднего прохода и ушиванием сохраненного дистального участка (операция типа Гартмана). Таким образом нужен дифференцированный подход к лечению повреждений правой и левой половины толстой кишки.

При небольших внутрибрюшинных ранениях прямой кишки ушивали ее стенку с формированием двуствольного противоестественного заднего прохода проксимальнее повреждения. При множественных повреждениях прямой кишки выполняли обструктивную резекцию. При внебрюшинных повреждениях прямой кишки – широко вскрывали ишиоректальное и пельвиоректальное пространство, дренировали зону повреждения и формировали разгрузочную стому.

В послеоперационном периоде умерло 2 (3,8 %) раненых с тяжелыми сочетанными ранениями. Летальность была связана не с ранением толстой кишки, а с несовместимой с жизнью черепно-мозговой травмой, обширной кровопотерей и шоком. Несостоятельность швов ушитых повреждений толстой кишки имела место в 2 (3,8 %) случаях, в 1 (1,9 %) случае имело место недиагностированное на III уровне медицинской помощи повреждение задней стенки слепой кишки при ее сквозном ранении (нетщательная ревизия во время операции).

Выводы

Среди огнестрельных ранений толстой кишки, полученных в условиях АТО, преобладают осколочные ранения, которые чаще носят множественный и сочетанный характер.

Дифференцированный подход в лечении раненых с огнестрельными ранениями толстой кишки приводит к улучшению результатов лечения и снижению летальности.

Улучшение качества хирургической помощи раненым с огнестрельными ранениями толстой кишки в условиях АТО зависит не только от клинических, но и от организационных аспектов (сроки и способ эвакуации, наличие необходимого оборудования и квалифицированных специалистов на том или ином уровне медицинской помощи).

ЛИТЕРАТУРА

1. Військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій / за ред. В. Я. Білого. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2004. — 324 с.
2. Вказівки з військово-польової хірургії / за ред. Я. Л. Заруцького, А. А. Шудрака. — К. : СПД Чаплинська Н.В., 2014. — 396 с.
3. Гуманенко Е. К. Принципы организации оказания хирургической помощи раненым в локальных войнах и вооруженных конфликтах / Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалов, А. А. Трусов // Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов : Руководство для врачей. — М. : «ГОЭТАР-Медиа», 2011. — С. 175–187.
4. Демидов В. А. Наш опыт лечения пострадавших с травмой толстой кишки // Новые технологии в хирургии: материалы Международного хирургического конгресса. — Ростов н/Д, 2005. — 348 с.
5. Завражнов А. А. Повреждения живота / А. А. Завражнов // Скорая медицинская помощь. Национальное руководство. — М. : «ГЭОТАР-Медиа», 2015. — С. 513–519.
6. Захараш М. П. Кишечні стоми: види стом, методики їх формування; медико-соціальна реабілітація стомованих хворих, ускладнення кишечник стом, їх лікування : Методичні рекомендації / М. П. Захараш, Ю. М. Захараш. К. — 2015. — 43 с.
7. Лечение современной боевой травмы / Р. Rhee, J. Holcomb, D. Jenkins // Травма: Рук-во в 3 т. / Д. В. Феличано, К. Л. Маттокс, Э. Е. Мур / пер. с англ.; под ред. Л. А. Якимова, Н. Л. Матвеева. — М. : Изд-во Панфилова, Бином, Лаборатория знаний, 2013. — Т. 3. — С. 1381–1422.
8. Очерки боевой травмы живота / В. Я. Белый, Я. Л. Заруцкий, А. И. Жовтоножко, С. А. Асланян. — К. : «МП Леся», 2016. — 212 с.
9. Саркисян В. А. Лечение поврежденных ободочной кишки на фоне сочетанной и множественной травмы // Материалы Первого съезда хирургов Южного федерального округа. Ростов н/Д, 2007. С. 73-74.
10. Тимербулатов В.М., Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Ярмухаметов И.М., Галиуллин Р.Н. Хирургическая тактика при травматических повреждениях толстой кишки // Медицинский альманах. — № 1 (36). — 2015. — с. 60-62
11. Хирургическая тактика при ранениях толстой кишки / Михайлов А. П., Данилов А. М., Сигуа Б. В. [и др.] // Материалы Первой международной конференции по торако-абдоминальной хирургии, посвященной к 100-летию со дня рождения академика Б. В. Петровского. — Москва, 2008. — С. 35.
12. Chovanes, J. The Evolution of Damage Control Surgery / J. Chovanes, J.W. Cannon, T.C. Nunez // Surg. Clin. North Am. — 2012. — Vol. 92, N 4. — P. 859–875.



ОСОБЛИВОСТІ
ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ
ВОГНЕПАЛЬНИХ
ПОРАНЕНЬ ТОВСТОЇ
КИШКИ

*М. А. Каштальян,
І. П. Хоменко,
О. С. Герасіменко,
В. Ю. Шаповалов*

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 52 поранених з вогнепальними пораненнями товстої кишки, що знаходилися на лікуванні в ВМКЦ ПР та зоні відповідальності (II-IV рівень медичної допомоги) з 2014 по 2016 р. Пошкодження правої половини товстої кишки спостерігалися у 24 поранених (48, 1 %), лівої половини — у 19 (36,5 %), прямої кишки — у 9 (15,4 %). Застосовано диференційований підхід до хірургічного лікування поранень товстої кишки різної локалізації. В післяопераційному періоді померло 2 (3,8 %) поранених з важкими поєднаними пораненнями. Летальність була пов'язана з несумісною з життям черепно-мозковою травмою, великої крововтратою і шоком. Неспроможність швів ушитої товстої кишки мала місце в 2 (3,8 %) випадках, в 1 (1,9 %) випадку мало місце не діагностоване на III рівні медичної допомоги пошкодження задньої стінки сліпої кишки при її наскрізному пораненні.

Ключові слова: *хірургічне лікування, вогнепальне поранення, товстий кишечник.*

FEATURES OF SURGICAL
TREATMENT OF BULLET
WOUNDS OF THE LARGE
INTESTINE

*М. А. Kashtalian,
І. P. Khomenko,
O. S. Gerasimenko,
V. Yu. Shapovalov*

Summary. A retrospective analysis of the results of surgical treatment of 52 wounded with gunshot wounds to the colon were treated in Odessa military hospital and area of responsibility (II-IV level of care) in 2014 and 2016. Damage to the right side of the colon was observed in 24 injured (48,1 %), the left half - in 19 (36.5 %) of the rectum — in 9 (15.4 %). Apply a differentiated approach to surgical treatment of colon injuries of various localization. Postoperatively 2 died (3.8 %) injured with severe concomitant injuries. Mortality was associated with incompatible with the life of a brain injury, extensive blood loss and shock. The failure of seams stitched damage the colon occurred in 2 (3.8 %) cases, in 1 (1.9 %) undiagnosed case took place at the third level of care damage the rear wall of the cecum with its perforating wound.

Key words: *surgical treatment, gunshot wound, large intestine.*