

Н. Н. Милица, И. Н. Ангеловский, В. С. Казаков, К. Н. Милица, Н. Д. Постоленко
ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Цель исследования – улучшение результатов лечения повреждений органов брюшной полости с травмой толстой кишки в условиях ургентного стационара.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения у 511 пострадавших с изолированными и сочетанными повреждениями груди и брюшной полости, находившихся в отделениях ургентной хирургии и проктологии.

Результаты и обсуждение. Детальный анализ проведен у 46 пострадавших с травмой толстой кишки, что составило 9% среди всех повреждений органов брюшной полости. Наиболее частой причиной повреждения толстой кишки являлись колото-резаные ранения 29 (63,0%), реже они встречались при закрытой травме 13 (28,3%) и огнестрельных ранениях брюшной полости 4 (8,7%). В 47,8% случаев локализацией повреждений являлась левая половина ободочной кишки, правая половина – 23,5%, поперечно-ободочная кишка – 28,7%. Одну из самых тяжелых групп составили пациенты с закрытой травмой живота, отрывом ободочной кишки от брыжейки и гангреной кишки. При разрыве стенки кишки, повреждении брыжейки с гангреной кишки производится резекция ободочной кишки. Из 46 оперированных резекция ободочной кишки произведена у 11 человек (23,9%). С целью профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза нами предложена методика интраоперационного введения физиологического раствора в подслизистый слой ободочной кишки.

Выводы. Необходимо стремиться расширить показания к наложению первичного анастомоза, однако объем хирургического пособия на толстой кишке зависит от степени повреждения органа, объема кровопотери, сроков с момента травмы, тяжести повреждений в других анатомических областях.

Ключевые слова: толстая кишка, травма, лечебная тактика.

В последние годы отмечается неуклонный рост числа пострадавших с травмами различной локализации. Этому способствуют техногенные и природные катастрофы, локальные военные конфликты, транспортные и производственные аварии, криминализация общества. Повреждения живота составляют от 1,5% до 18% от числа травм мирного времени, но их частота и тяжесть продолжают расти [4, 8].

Характерной чертой современных травм живота является превалирование множественных и сочетанных повреждений, что обуславливает высокую, не имеющую тенденции к снижению, летальность [1].

Травма толстой кишки является актуальной проблемой хирургии повреждений как в военное, так и в мирное время. Частота этих ранений в боевой обстановке достигает 60% от общего числа огнестрельных повреждений живота, а в группе умерших – 80%. В мирное время эти повреждения, по данным авторов, составляют 6–25% от числа пострадавших с травмой органов брюшной полости [6, 7].

Повреждения толстой кишки мирного времени занимают особое место, по причине частых осложнений в послеоперационном периоде и высокой летальности. В первую очередь такое поло-

жение связано с тяжестью травмы самой кишки, оценка которой по современным классификационным шкалам приближается к максимальным значениям, либо близким к ним [5].

Повреждение толстой кишки справедливо считают одним из самых неблагоприятных прогностических факторов при тяжелой травме. Осложненное течение послеоперационного периода после ранений толстой кишки регистрируется в 40–65% случаев, а уровень летальности достигает 8–17% в мирное время и 18–53,3% в условиях боевых действий. Основной причиной смерти в послеоперационном периоде служат тяжелые внутрибрюшные осложнения, которые возникают в 50% наблюдений [2, 3].

К сожалению, до сих пор отсутствует четкая определенность в решении вопросов хирургической тактики при ранениях и травмах толстой кишки, о чем свидетельствуют сообщения последних лет. Такое положение, в частности, объясняется отсутствием единой классификации травм толстой кишки, что приводит к некорректному сравнению результатов лечения не сопоставимых по характеру и тяжести повреждений [9].

Таким образом, необходима оптимизация хирургической тактики при изолированных и сочетанных повреждениях толстой кишки. От-

сутствие единых подходов при лечении травм толстой кишки обуславливает необходимость создания единых алгоритмов, предназначенных для оказания помощи данной категории пострадавших.

Цель исследования – улучшение результатов лечения повреждений органов брюшной полости с травмой толстой кишки в условиях ургентного стационара.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения у 511 пострадавших с изолированными и сочетанными повреждениями груди и брюшной полости, находившихся в отделениях ургентной хирургии и проктологии 9-й горбольницы г. Запорожья за последние 10 лет. Детальный анализ проведен у 46 пострадавших с травмой толстой кишки, что составило 9% среди всех повреждений органов брюшной полости. Мужчин было 39 (84,8), женщин – 7 (15,2%). Средний возраст составил 43 года. Сроки госпитализации от момента травмы составили от 1,5 до 36 часов.

Наиболее частой причиной повреждения толстой кишки являлись колото-резаные ранения 29 (63,0%), реже они встречались при закрытой травме 13 (28,3%) и огнестрельных ранениях брюшной полости 4 (8,7%). В 47,8% случаев локализацией повреждений являлась левая половина ободочной кишки, правая половина – 23,5%, поперечно-ободочная кишка – 28,7%. Среди торакоабдоминальных ранений повреждения толстой кишки встречались в 6,5% случаев. В состоянии алкогольного опьянения находилось более 2/3 пострадавших.

Диагностический поиск основывался на результатах клинических и специальных методов обследования в зависимости от тяжести состояния пострадавшего. Пациенты в тяжелом состоянии (23 больных), в сопровождение хирурга и реаниматолога доставлялись в операционную, где им выполнена лапароскопия: при закрытой травме живота – 8, огнестрельных ранениях брюшной полости – 4, колото-резаных ранениях – 11. Наличие крови или кишечного содержимого служило показанием к проведению лапаротомии. В 18 случаях колото-резаных ранений, вначале выполняли ПХО раны, проникающий характер которой также явился показанием к лапаротомии. Наличие клиники разлитого перитонита у 5 пациентов, в отсутствие клинически внутрибрюшного кровотечения, требовало проведения в течение нескольких часов предоперационной подготовки с целью стабилизации состояния.

У 36 (78,3%) пациентов параллельно с повреждениями толстой кишки наблюдали травмы желудка, 12-перстной, тощей и подвздошной кишки, селезенки и печени. Изолированная

травма толстой кишки встретилась у 10 (21,7%) больных. Осложняли течение процесса массивная кровопотеря, тяжелый шок, каловый перитонит.

Результаты и обсуждение

Нами разработана тактика ведения пострадавших с травмами толстой кишки разной степени тяжести. Она строго индивидуальна и зависит от характера повреждений, степени нарушения кровоснабжения поврежденного участка толстой кишки, тяжести состояния пациентов. Локализация повреждения в ободочной кишке не оказывает особого влияния на выбор операции.

Важный момент во время проведения операции: оценить состояние кровоснабжения поврежденного сегмента толстой кишки и других ее отделов. Особенно это важно при ранениях и разрывах брыжеечного края кишки, гематомах брыжейки, огнестрельных повреждениях. Одна из причин несостоятельности швов толстой кишки это неправильная оценка во время операции степени нарушения кровоснабжения ушиваемого участка толстой кишки.

Все колото-резаные раны (29 пациентов) ободочной кишки ушивались двухрядными швами. Проксимальную колостому не накладывали. При перитоните раны ободочной кишки иссекаются и ушиваются двухрядными швами, с экстраперитонизацией данного участка кишки. В такой ситуации при несостоятельности швов сформируется свищ, который можно закрыть консервативно. При крайне тяжелом состоянии пострадавших, нестабильной гемодинамике рану ободочной кишки у 5 пациентов ушивали однорядными швами и по возможности выводили на переднюю брюшную стенку (экстериоризация), либо накладывали проксимальную колостому (3 больных).

При колото-резаных ранах поясничной области возможно повреждение только задней стенки восходящей или нисходящей ободочной кишки. Мы наблюдали 3 подобных случая. Выявить такое повреждение крайне сложно. При лапароскопии можно увидеть только небольшую забрюшинную гематому в области бокового канала. Заподозрить повреждение можно если из раны выделяется газ и каловые массы, что бывает крайне редко. В рану вводится контрастное вещество и производится рентгенография. При ранении стенки кишки определяется контраст в просвете кишки.

Одну из самых тяжелых групп составили пациенты с закрытой травмой живота, отрывом ободочной кишки от брыжейки и гангреной кишки (13 человек). В 5 случаях повреждались крупные сосуды брыжейки: нижняя брыжеечная артерия и средняя ободочная артерия. У 2 пациентов одновременно с отрывом толстой кишки и некро-

зом её, были отрывы тонкой кишки от брыжейки с гангреной стенки кишки.

При размождении стенки кишки, повреждении брыжейки с гангреной кишки производится резекция ободочной кишки. Из 46 оперированных резекция ободочной кишки произведена у 11 человек (23,9%). У 2 больных одновременно с резекцией ободочной кишки выполнена резекция тонкой кишки. У 2 (4,4%) пациентов с повреждением стенки кишки произведено ушивание дефекта без наложения колостомы. Характер оперативных вмешательств представлен в таблице 1.

Одной из сложных задач является выбор способа завершения операции после резекции ободочной кишки. При этом учитываем тяжесть состояния пострадавшего, стабильность гемодинамики, наличие перитонита. При стабильной гемодинамике и отсутствии перитонита стараемся наложить первичный анастомоз. При нестабильной гемодинамике и наличии перитонита выполняется операция типа Гартмана.

Большое значение придается технике формирования анастомоза. Все анастомозы накладывали ручным способом отдельными одно- или двухрядными швами. С целью профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза нами предложена методика интраоперационного введения физиологического раствора в подслизистый слой ободочной кишки. Это дает возможность четко дифференцировать слои кишечной стенки при наложении кишечного соустья без излишней травматизации слизистой толстой кишки.

При огнестрельных ранах менее половины диаметра ободочной кишки производили широкое иссечение раны с ушиванием ее двухрядными швами. При повреждениях более половины диаметра, множественных повреждениях стенки кишки, её размождении, повреждении брыжейки с нарушением питания производили резекцию ободочной кишки. Из 4 оперированных

с огнестрельными ранениями ободочной кишки у 1 больного произведено ушивание раны. В 2 случаях ушивание дополнено проксимальной колостомой. Резекция ободочной кишки с формированием первичного анастомоза произведена одному пациенту. При гладком послеоперационном периоде, отсутствии осложнений со стороны брюшной полости, параколостомических осложнений, колостому стараемся закрыть в сроки от 3 до 4 недель.

Отдельную группу составили 7 пострадавших с повреждением прямой кишки. Повреждение внутрибрюшного отдела выявлено только у 2 пациентов. У остальных был поврежден внебрюшной отдел прямой кишки. Чаще всего причиной травмы прямой кишки служит повреждение ее инородным телом. Реже прямая кишка повреждается при огнестрельных и колото-резаных ранах ягодичной области и промежности, переломах костей таза. В 2 случаях повреждения прямой кишки сочетались с повреждением мочевого пузыря.

Диагностика повреждений прямой кишки основана на жалобах больного, выяснении обстоятельств травмы, клинике, специальных методов исследования. Клинически данные повреждения проявляются болями внизу живота, в области прямой кишки, промежности, выделением крови из заднего прохода. В условиях операционной под наркозом проводим осмотр прямой кишки с помощью ректального зеркала, ректоскопа.

При повреждениях внутрибрюшного отдела прямой кишки производили ушивание раны кишки через лапаротомный доступ и обязательно выключали прямую кишку из пассажа. Для этого накладывали двустольную сигмостому. При повреждениях среднеампулярного отдела прямой кишки рана ушивалась через просвет кишки с дренированием параректальной клетчатки. Сигмостому накладывали из небольшого разреза в левой подвздошной области. При повреждениях нижеампулярного отдела прямой кишки и

Таблица 1

Характер выполненных оперативных вмешательств

Виды операций	Количество больных		Всего
	стомированных	без стом	
Ушивание раневых дефектов	10	24	34
- с экстраперитонизацией	–	7	7
- без экстраперитонизации	–	17	17
- с экстериоризацией или колостомией	10	–	10
Правосторонняя гемиколэктомия	–	3	3
Резекция поперечно-ободочной кишки	–	2	2
Резекция левой половины ободочной кишки	2	3	5
Операция Гартмана	2	–	2
Всего	14 (30,4%)	32 (69,6%)	46

анального канала производили ушивание раны, дренирование параректальной клетчатки. Сигмостому не накладывали. При повреждениях сфинктера выполняли по возможности первичную сфинктеропластику.

Осложнения после операции отмечены у 9 человек (19,6%). У 7 больных произошло нагноение раны брюшной стенки, в 3 случаях осложнения были со стороны брюшной полости. У 2 больных неразрешенный перитонит, у 1 несостоятельность швов анастомоза. Всем больным выполнена релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. При несостоятельности участок кишки со швами выводили на переднюю брюшную стенку. После операции умерло 4 человека. Из них 2 пострадавших умерли в первые сутки от тяжелой сочетанной травмы. Смерть у одного пациента наступила от продолжающегося перитонита, 1 больной умер от тромбоэмболии легочной артерии. Летальность составила 8,7%.

Выводы

1. Успешное лечение пострадавших с травмой толстой кишки зависит от правильно выбранной тактики, адекватного объема вмешательства, рационального способа завершения операции.

2. Считаю целесообразным при ранах ободочной кишки производить первичное ушивание дефекта без колостомы. Перитонит не является противопоказанием к возможности первичного ушивания ран ободочной кишки.

3. При травмах прямой кишки считаем обязательным ушивание раны с наложением сигмостомы и дренированием параректальной клетчатки.

4. Необходимо стремиться расширить показания к наложению первичного анастомоза, однако объем хирургического пособия на толстой кишке зависит от степени повреждения органа, объема кровопотери, сроков с момента травмы, тяжести повреждений в других анатомических областях.

Список литературы

1. Алиев С. А. Повреждения толстой кишки в неотложной хирургии Текст. / С.А. Алиев // Хирургия. – 2000. – № 10. – С. 35–40.
2. Алиев С. А. Повреждение толстой кишки в хирургии абдоминальных травм Текст. / С. А. Алиев, Э. С. Алиев // Актуальные проблемы колопроктологии: материалы научной конференции с международным участием. – Москва, 2005. – С. 410–412.
3. Брюсов П. Г. Современная огнестрельная рана Текст. / П. Г. Брюсов, Хрупкин В. Н. // Военно-медицинский журнал. – 1996. – № 2. – С. 23–25.
4. Котельников Г. П. Травматическая болезнь: клиничко-патологическое, диагностическое и прогностическое значение изменения в системе гемостаза / Г. П. Котельников, В. А. Кондурцев, И. Г. Чеснокова // Клиническая медицина. – 1998. – № 1. – С. 31–34.
5. Наумов Е. В. Тактические подходы в лечении ранений ободочной кишки Текст. / Е. В. Наумов, С. Н. Татарин, А. И. Костюченко // Новые технологии в хирургии: материалы международного хирургического конгресса. – Ростов на Дону, 2005. – С. 23–24.
6. Петров В. П. Новая технология в лечении обширных огнестрельных ранений прямой кишки Текст. / В. П. Петров, А. В. Китаев, А. Б. Столярж // Актуальные проблемы колопроктологии: материалы научной конференции с международным участием. – Москва, 2005. – С. 449–451.
7. Ханевич М. Д. Лечение раненых с повреждением толстой кишки Текст. / М. Д. Ханевич // Актуальные проблемы колопроктологии: материалы научной конференции с международным участием. – Москва, 2005. – С. 47–471.
8. Черкасов М. Ф. Повреждения живота при множественной и сочетанной травме Текст. / М. Ф. Черкасов, В. Н. Юсков, В. А. Саркисян. – Ростов-на-Дону, 2005. – 304 с.
9. Шеянов С. Д. Клиничко-экспериментальное обоснование алгоритма лечения при повреждениях ободочной кишки Текст. / С. Д. Шеянов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2000. – № 5. – С. 28–34.

Стаття надійшла до редакції 24.09.2014 р.

М. М. Милиця, І. М. Ангеловський, В. С. Казаков, К. М. Милиця, М. Д. Постоленко
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ ТОВСТОЇ КИШКИ

Мета дослідження – поліпшення результатів лікування пошкоджень органів черевної порожнини з травмою товстої кишки в умовах ургентного стаціонару.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування у 511 постраждалих з ізольованими та поєднаними пошкодженнями грудей і черевної порожнини які перебували у відділеннях ургентної хірургії та проктології.

Результати та обговорення. Детальний аналіз проведений у 46 постраждалих з травмою товстої кишки, що склало 9% серед всіх пошкоджень органів черевної порожнини. Найбільш частою причиною пошкодження товстої кишки були колото-різані поранення 29 (63,0%), рідше вони зустрічалися при закритій травмі 13 (28,3%) і вогнепальних пораненнях черевної порожнини 4 (8,7%). В 47,8% випадків локалізацією ушкоджень була ліва половина ободової кишки, права половина – 23,5%, поперечно-ободова кишка – 28,7%. Одну з найважчих груп склали пацієнти із закритою травмою живота, відривом ободової кишки від брижі і гангrenoю кишки. При розмозженні стінки кишки, пошкодженні брижі з гангrenoю кишки проводиться резекція ободової кишки. З 46 оперованих резекція ободової кишки проведена у 11 осіб (23,9%). З метою профілактики неспроможності товстокишкового анастомозу нами запропонована методика інтраопераційного введення фізіологічного розчину в підслизовий шар ободової кишки.

Висновки. Необхідно прагнути розширити показання до накладання первинного анастомозу, однак обсяг хірургічної допомоги на товстій кишці залежить від ступеня пошкодження органа, обсягу крововтрати, термінів з моменту травми, важкості ушкоджень в інших анатомічних областях.

Ключові слова: товста кишка, травма, лікувальна тактика.

N. N. Militca, I. N. Angelovsky, V. S. Kazakov, K. N. Militca, N. D. Postolenko

State Institute "Zaporozhye Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine"

MEDICAL DIAGNOSTIC TACTICS IN TRAUMATIC INJURIES OF THE COLON

The purpose of research – to improve the results of treatment of injuries of the abdominal cavity with the trauma of the colon in terms of urgent hospital

Materials and methods. The analysis of results of treatment in 511 patients with isolated and combined injuries of the chest and abdomen were in the offices of emergency surgery and proctology.

The results and discussion. Detailed analysis was carried out in 46 patients with colon trauma that was 9% of all injuries of the abdominal cavity. The most frequent cause of damage to the colon were stab wounds 29 (63,0%), at least they met at the closed trauma 13 (28,3%) and gunshot wounds of the abdomen 4 (8,7%). In 47,8% of cases, the localization of the damage is the left half of the colon, the right half – 23,5%, transverse colon – 28,7%. One of the most difficult groups consisted of patients with closed abdominal trauma, separation from the mesentery of the colon and bowel gangrene. When you crush the bowel wall, mesentery damaged gangrenous bowel resection is performed colon. Of the 46 operated colon resection was performed in 11 men (23,9%). In order to prevent the insolvency of colonic anastomosis we have proposed a method intraoperative saline injection in the submucosal layer of the colon.

Conclusions. Should seek to expand the indications for primary anastomosis, but the volume of surgical on the colon depends on the degree of organ damage, blood loss, duration of the injury, the severity of injuries in other anatomic areas.

Keywords: colon, injury, medical tactic.