

УДК 617-089(075.8)

И.Б. Мустафакулов, А.М. Хаджибаев*, Ф.Ш. Мавлянов**

Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор – проф. А.М. Шамсиев);

*РНЦЭМП (директор – проф. А.М. Хаджибаев); *Самаркандский филиал РНЦЭМП (директор – к.м.н. Ш.С. Юлдашев), Узбекистан

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛУДКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

НАШ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУ-ВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ШЛУНКА ПРИ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ

Резюме. У статті представлені результати діагностики та лікування 57 хворих з ізольованими (12) та поєднаними пошкодженнями шлунку. Доопераційна діагностика пошкодження шлунку при травмі була можливою у 25,6% випадків. Пошкодження передньої стінки шлунку виявлено у 42 пацієнтів, задньої – у 4 хворих при торакоабдомінальних пораненнях, обох стінок органу – у 11 хворих. У більшості хворих було виконано ушивання ран шлунку (75%). На другому місці за частотою була ліквідація гематом при забою органа. Також були виконані дренажні операції, антрумектомія або резекція 1/2 шлунку, в одному випадку була накладена тимчасова декомпресійна гастростомія за допомогою катетера Фолея після ушивання розриву в кардіальному відділі шлунку. Ендоскопічне ушивання ран шлунку ручним ендошовом чи за допомогою степлера було можливим у двох хворих. Ускладнення у післяопераційному періоді виникли у 9 (15,8%) хворих із розривами всіх шарів стінки шлунку. Необхідність релапаротомії виникла у 5 пацієнтів. Померло 3 із 5 повторно оперованих хворих із поєднаними пошкодженнями.

Ключові слова: травма, пошкодження шлунку, діагностика, лікування.

Травма живота являється одним из наиболее тяжелых видов повреждений [1-8]. На долю посттравматических разрывов желудка приходится 1% повреждений органов брюшной полости при изолированной травме живота и до 6% – при сочетанной [7]. Эти повреждения относятся к категории тяжелых, так как сопровождаются летальностью до 72% [3]. Высокая летальность обусловлена преимущественно множественностью и тяжестью повреждений органов брюшной полости, а также других анатомических областей.

Цель исследования: провести анализ результатов диагностики и лечения больных с изолированными и сочетанными повреждениями желудка.

Материал и методы. За 1999-2014 гг. нами проанализировано 57 наблюдений изолированных (12), и сочетанных (45) повреждений желудка.

Повреждения передней стенки желудка обнаружены у 42 пациентов, задней – у 4 человек при торакоабдоминальных ранениях, обеих стенок органа – у 11 пострадавших. Повреждения задней стенки желудка могли быть выявлены только при соблюдении алгоритма осмотра брюшной полости, при котором рекомендовано

вскрытие сальниковой сумки и ревизия задней стенки желудка, поджелудочной железы и ретроперитонеального пространства.

По нашим наблюдениям, наиболее частыми сочетаниями повреждения желудка при закрытой травме были: повреждения черепа (77,8%), опорно-двигательного аппарата (68,9%), грудной клетки (33,3%), других органов брюшной полости (89,1%), менее 8% – костей таза.

Результаты исследования и их обсуждение. Дооперационная диагностика повреждений желудка при закрытой травме была возможна в 25,6% случаев. Большинство пострадавших (77,4%) были оперированы по другим экстренным показаниям: профузное внутрибрюшное кровотечение из ран печени, селезенки, брыжейки тонкого кишечника или клиники разлитого перитонита. Становится очевидным, что диагностический алгоритм закрытых повреждений желудка, кроме УЗИ и лапароскопии, должен обязательно включать рентгенологическое и эндоскопическое исследования.

Лечение повреждений желудка имеет свои особенности.

При ревизии желудка осматривают его пе-

© Мустафакулов И.Б., Хаджибаев А.М., Мавлянов Ф.Ш., 2016

реднюю стенку, определяют характер ран и наличие субсерозных гематом. Повреждение обеих стенок желудка при проникающих ранениях имеет место у 1/3 пострадавших. Этот факт крайне важен для хирурга, идущего на лапаротомию по поводу проникающего ранения живота. При повреждении передней стенки желудка следует убедиться в отсутствии ран на его задней стенке и, особенно, в кардиальном отделе, для чего широко рассекают желудочно-ободочную связку. Тщательному осмотру должны подвергаться стенки желудка в местах прикрепления кривизны, где жировая ткань способна маскировать небольшие проникающие дефекты стенки. В большинстве случаев раны желудка имеют характерный вид с вывернутыми краями и нередко разможженной слизистой оболочкой. Гематомы чаще локализируются в области малой кривизны и сальника.

Малые одиночные раны можно закрыть кететными или П-образными швами, чаще всего хирурги используют стандартные двухрядные швы. В случаях огнестрельных ранений, особенно высокоскоростными пулями, следует иссечь ткани в границах видимых изменений. При обработке больших ран желудка их края со слизистой оболочкой иссекают и накладывают двухэтажный шов в поперечном направлении, что особенно важно в пилорическом отделе. Показания к резекции желудка возникают крайне редко, даже при значительном повреждении удается закрыть раневые дефекты ушиванием передней и задней стенок. При обширных повреждениях органа, когда все же возникает необходимость в удалении больших участков, лишенных жизнеспособности, показана типовая резекция желудка в масштабах, определяемых границами повреждения. Сегментарные резекции здесь не должны иметь место. Из всех возможных вариантов резекции органа в экстренных ситуациях предпочтение следует отдавать наиболее простым и легко выполнимым модификациям операции Бильрот-II (Гофмейстера-Финстерера, Ру).

Обнаруженные субсерозные гематомы были вскрыты, разрывы мышечной и слизистой оболочек ушиты серо-серозными швами.

При повреждении желудка нами выполнены следующие оперативные вмешательства. У большинства пострадавших было выполнено ушивание ран желудка (75%). На втором месте по частоте была ликвидация гематом при ушибе органа (20,8%). Выполнение дренирующих операций в 8,8% наблюдений было вынужденным мероприятием при подозрении на возможность нарушения пассажа пищи после ушивания ран желудка, расположенных в пилорическом отделе, антрумэктомию или резекцию 1/2 тела желудка имели место в 1,4% при массивных разрывах в результате катравмы. В одном случае была наложена временная декомпрессивная гастростома с помощью катетера фолей после ушивания разрыва в кардиальном отделе желудка. Эндоскопическое ушивание ран желудка ручным эндошвом или при помощи степлера было возможно у двух пострадавших.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 9 (15,8%) больных с разрывом всех слоев желудка. Необходимость в релапаротомии возникла у 5 человек по следующим показаниям: непроходимость кишечника (2), панкреатит (1), кровотечение в просвет желудка (1), несостоятельность швов ушитой раны желудка (1). Умерли 3 из 5 повторно оперированных больных, все они имели сочетанную травму; 2 погибли от шока и кровопотери, 1 – от панкреатита и перитонита.

Вывод. Адекватным объемом вмешательства при повреждениях желудка является ушивание раны (разрыва) двурядным швом с предварительным лигированием кровоточащего сосуда и последующей декомпрессией органа через назогастральный зонд.

Перспективы дальнейших исследований. Перспективной является разработка новых методов диагностики и лечения повреждений желудка, что позволит улучшить результаты лечения таких больных.

Список использованной литературы

1. Абакумов М.М. Повреждения живота при сочетанной травме / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Мальярчук. – М.: Медицина, 2005. – 288 с.
2. Агаджанян В.В. Политравма / В.В. Агаджанян // Новосибирск: Наука, 2003. – 483 с.
3. Анкин Л.Н. Политравма / Л.Н. Анкин. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 173 с.
4. Синдром кишечной недостаточности в неотложной абдоминальной хирургии (от теории к практике) / А.С. Ермолов, Т.С. Попова, Г.В. Пахомова, Н.С. Утешев. – М.: «МедЭкспертПресс», 2005. – 460 с.
5. Ерюхин И.А. Организация и объем хирургической помощи раненым / И.А. Ерюхин, В.И. Хрупкин // Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане 1979-1989 гг. – М.: ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко, 2002. – 400 с.
6. Урман М.Г. Травма живота / М.Г. Урман // Пермь, 2003. – 258 с.
7. The initial Mayo Clinic experience using high-frequency oscillatory ventilation for adult patients: a retrospective study / J.D. Finkielman, O. Gajic, J.C. Farmer [et al.] // BMC Emerg. Med. – 2006. – Vol. 6, № 1. – P. 2.
8. Holte K.

Postoperative ileus: progress towards effective management / K. Holte, H. Kehlet // Drugs. – 2002. – Vol. 62. – P. 2603-2615.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛУДКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Резюме. В статье представлены результаты диагностики и лечения 57 больных с изолированными (12) и сочетанными (45) повреждениями желудка. Дооперационная диагностика повреждений желудка при травме была возможна в 25,6% случаев. Повреждения передней стенки желудка обнаружены у 42 пациентов, задней – у 4 человек при торакоабдоминальных ранениях, обеих стенок органа – у 11 пострадавших. У большинства пострадавших было выполнено ушивание ран желудка (75%). На втором месте по частоте была ликвидация гематом при ушибе органа. Также были выполнены дренирующие операции, антрэктомия или резекция 1/2 тела желудка, в одном случае была наложена временная декомпрессионная гастростома с помощью катетера Фолея после ушивания разрыва в кардиальном отделе желудка. Эндоскопическое ушивание ран желудка ручным эндошвом или при помощи степлера было возможным у двух пострадавших. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 9 (15,8%) больных с разрывом всех слоев желудка. Необходимость в релапаротомии возникла у 5 человек. Умерли 3 из 5 повторно оперированных больных, все они имели сочетанную травму.

Ключевые слова: травма, повреждения желудка, диагностика, лечение.

OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF STOMACH LESIONS WITH CONCOMITANT INJURY

Abstract. The results of diagnostics and treatment of 57 patients with isolated (12) and combined (45) damages of the stomach are presented in the article. Preoperative diagnostics of stomach damages in case of trauma was possible in 25,6% cases. The damage to the anterior wall of the stomach was revealed in 42 patients, of the posterior wall - in 4 persons with thoracic-abdominal wounds, of both gastric walls - in 11 patients. The majority of patients underwent suturing of stomach wounds (75%). Elimination of hematomas after contusion of the organ was on the second place by frequency. There were also performed draining operations, antrumectomy or resection of 1/2 of the stomach body and temporary decompressive gastrostoma by means of Foley catheter following the rupture suturing in the cardiac part of the stomach in one case. Endoscopic suturing of stomach wounds by manual endosuture or by means of stapler was possible in two cases. Postoperative period complications occurred in 9 (15,8%) patients with ruptures of all the stomach layers. The necessity of relaparotomy occurred in 5 persons. 3 out of 5 reoperated patients died, all of them had concomitant injuries.

Key words: injury, damage of the stomach, diagnosis, treatment.

Samarkand State Medical Institute (Samarkand)

Надійшла 24.12.2015 р.

Рецензент – проф. Гринчук Ф.В. (Чернівці)