

УДК 616.345-001-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.М. Тимербулатов, Р.Н. Гареев, Р.Р. Фаязов, Д.И. Мехдиев, И.М. Ярмухаметов, Р.Н. Галиуллин, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

Гареев Рустам Назирович – e-mail: rusdoctor@mail.ru

На основе ретроспективного анализа результатов хирургического лечения 99 пострадавших с травмой живота авторы разработали шкалу оценки риска возникновения несостоятельности швов при повреждении толстой кишки, пользуясь которой ими выставлялись или не выставлялись показания к формированию превентивной толстокишечной стомы после ушивания повреждений. Благодаря использованию данной шкалы авторам удалось снизить частоту несостоятельности швов ушитых повреждений толстой кишки с 5,7 до 1,6%.

Ключевые слова: травма живота, повреждение толстой кишки.

On the basis of a retrospective surgical treatment analysis of 99 intra-abdominal injuries victims the authors have developed a rating scale of risks of colonic suture leak. They have used the scale to rate the formation of a preventive colic stoma after injury closure. With this scale the authors have managed to reduce the rate of colonic suture leak from 5,7 to 1,6%.

Key words: intra-abdominal injury, colonic injury.

Введение

Повреждение различных отделов толстой кишки (ТК) встречается примерно у 1/10 пострадавших с травмой живота [1], а летальность при повреждении ТК достигает 11%. На сегодняшний день тактика при травматических повреждениях ТК различна. Так, например, одни авторы предлагают учитывать состояние брюшины, время, прошедшее от момента травмы, градиацию раневого дефекта и обширность повреждения ТК. При дефекте менее 1/3 окружности ТК они предлагают ушивать кишку 2-рядным швом, при ранении более 1/3 – ушивать с экстраперитонизацией ушитого участка, при ранении более 1/2 – выполнять резекцию по типу Гартмана [1]. При размозжении, множественных ранениях предлагается выполнять резекцию кишки с колостомией [2]. При повреждении слепой и восходящего отдела ободочной кишки при благоприятных условиях предлагается выполнять правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзоанастомозом, в противном случае завершать операцию формированием стомы [3]. При огнестрельных ранениях внутрибрюшинного отдела прямой кишки считается целесообразным выполнять резекцию пораженного участка прямой кишки по типу операции Гартмана. При повреждении внебрюшинного отдела прямой кишки предпочтение отдается наложению проксимальной колостомы через минидоступ, интубации прямой кишки и дренированию раневого канала. При ранении сфинктера проводится первичная хирургическая обработка с наложением первичного шва анального жома и прямой кишки с формированием проксимальной колостомы [4, 5]. Другие авторы [6] предлагают во всех случаях иссекать раны ТК и ушивать их 2-рядным швом или выполнять резекцию с анастомозом без колостомы. Они же считают, что перитонит не является противопоказанием к ушиванию ран ТК, при ранах верхнеампулярного отдела прямой кишки считают обязательным ушивание раны с проксимальной колостомией, дренированием параректальной клетчатки, а при ранах ниж-

неампулярного отдела и анального канала показаний к выключению кишки не находят.

Цель исследования: оптимизация тактики хирургического лечения пострадавших с повреждениями толстой кишки.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 99 пострадавших с травмой ТК, находившихся на лечении в клиниках г. Уфы в период с 1992 по 2002 год. Среди них было 90 (90,9%) пострадавших с травмой ободочной кишки и 9 (9,1%) пострадавших с травмой прямой кишки. В результате закрытой травмы живота повреждение ободочной кишки получили 8 (8,9%) пострадавших, в результате открытой – 82 (91,1%). Повреждение прямой кишки в результате закрытой травмы живота получили 3 (33,3%) пострадавших, в результате открытой травмы – 6 (66,7%). Данные пострадавшие вошли в группу контроля.

На основе анализа результатов хирургического лечения данных пострадавших с травматическими повреждениями ТК, а именно частоты и вероятных причин возникновения несостоятельности швов ушитых или анастомозированных отделов ТК, а также на основании анализа литературных данных, касающихся данной проблемы, нами разработана шкала оценки риска возникновения несостоятельности швов при повреждении ТК, пользуясь которой выставлялись или не выставлялись показания к формированию превентивной толстокишечной стомы после ушивания повреждений ТК или после резекции ее сегмента с формированием первичного межкишечного анастомоза (илеостомы в случае повреждения правого фланга ТК) (таблица 1).

Сумма баллов, выявленных как до, так и во время операции, признаков в конечном итоге определяла дальнейшую тактику при травматических повреждениях ТК. Так, при сумме баллов до 2 нами выполнялось ушивание повреждения кишечным швом без формирования превентивной кишечной стомы, а при сумме 3 и более выставлялись показания к формированию последней после ушивания

повреждений или к выведению места повреждения на переднюю брюшную стенку в виде кишечной стомы. Во всех случаях после выполнения резекции ТК, выполненной по тем или иным показаниям (множественные ранения, повреждение брыжейки с нарушением питания стенки кишки и т. д.), на фоне травмы живота формировалась или превентивная двухствольная или же одноствольная (в случае обструктивной резекции) кишечная стома.

ТАБЛИЦА 1.

Шкала оценки риска несостоятельности швов ушитого травматического повреждения ТК

Признак	Кол-во баллов
Повреждение размерами более 1 см, но менее 1/2 окружности ТК	1
Повреждение в результате закрытой травмы живота	1
Декомпенсированный травматико-геморрагический шок	1
Наличие обширной забрюшинной гематомы	1
Наличие гематомы брыжейки ТК	1
Локализация повреждения в левом фланге ТК, в том числе и прямой кишки	2
Наличие множества каловых камней в просвете ТК	2
Два и более повреждения ТК	2
Наличие распространенного гнойного или калового перитонита, абсцесса	3
Повреждение более 1/2 окружности ТК	
Огнестрельное повреждение ТК	3
Размозжение участка ТК	3

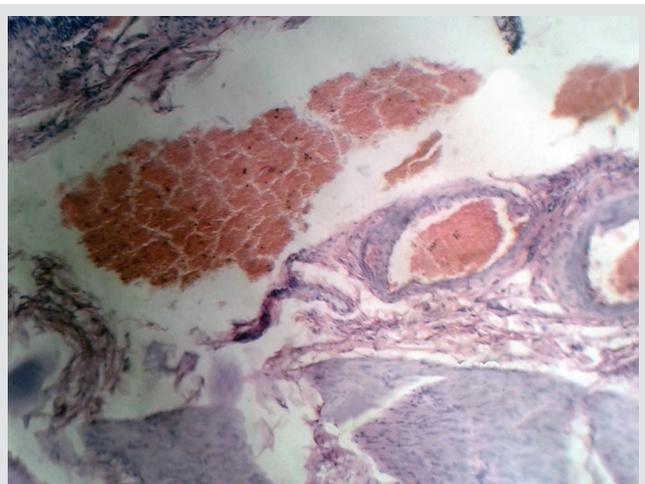


РИС.

Толстая кишка, средний слой – подслизистая. Спазм артериол, полнокровие и стаз в венах, плазматическое пропитывание стенок сосудов, выраженный периваскулярный отек и набухание стромы, очаговые кровоизлияния. Окр. гематоксилином и эозином, х400.

Из таблицы видно, что максимальный риск несостоятельности швов при травме ТК имеется в случаях размозжения стенки ТК, наличия перитонита или абсцесса, также в случае огнестрельного характера ранения. Наш анализ показал, что значительно увеличивают риск несостоятельности швов ТК наличие в последней множества каловых камней, множественные повреждения ТК и локализация ранения в левом фланге, включая прямую кишку, что, по-видимому, связано с большим внутрикишечным дав-

лением нежели в правых отделах ТК. Обширные забрюшинные гематомы ведут к парезу кишечника в послеоперационном периоде более чем в половине случаев, что увеличивает внутрикишечное давление и может привести к несостоятельности швов, а гематомы брыжейки ТК могут влиять на кровоснабжение отдельного сегмента ТК. В случае закрытой травмы в месте повреждения стенки ТК имеется перифокальная зона контузии, распространяющаяся на 7–10 мм от места разрыва кишки (рис.).

Следуя данной шкале, нами оперированы 62 пострадавших с травмой ТК, находившихся на лечении в Больнице скорой медицинской помощи г. Уфа с 2003 г., которых мы включили в основную группу исследования. Среди них было 57 (91,9%) пострадавших с травмой ободочной кишки и 5 (8,1%) пострадавших с травмой прямой кишки. В результате закрытой травмы живота повреждение ободочной кишки получили 6 (10,5%) пострадавших, в результате открытой – 51 (89,5%) пострадавший. Повреждение прямой кишки в результате закрытой травмы живота получил 1 (20%) пострадавший, в результате открытой травмы – 4 (80%). Исследуемые клинические группы были однородны и сопоставимы.

Всем пострадавшим обеих групп проводилась антибактериальная терапия, оперативные вмешательства выполнялись под интубационным наркозом с миорелаксацией. Повреждения стенки ТК ушивались узловыми швами двухрядно с использованием атравматичного шовного материала. Техника формирования кишечных стом в обеих группах была идентичная и заключалась в выведении участка кишки на переднюю брюшную стенку с с выворачиванием слизистой кишки и фиксацией ее швами к коже. Во всех случаях операция завершалась дренированием раны после проведения первичной хирургической обработки раны (в случае открытой травмы живота) и дренированием брюшной полости (таблица 2).

ТАБЛИЦА 2.

Шкала оценки риска несостоятельности швов ушитого травматического повреждения ТК

Вид оперативного вмешательства	Основная группа	Контрольная группа
Первичный шов повреждения без превентивной кишечной стомы	20 (32,3%)	39 (39,4%)
Первичный шов повреждения с превентивной кишечной стомой	17 (27,4%)	21 (21,2%)
Резекция сегмента ТК (в том числе гемиколэктомия) с межкишечным анастомозом без превентивной кишечной стомы	0	4 (4%)
Резекция сегмента ТК (в том числе гемиколэктомия) с межкишечным анастомозом с превентивной кишечной стомой	16 (25,8%)	19 (19,2%)
Обструктивная резекция ТК	6 (9,7%)	11 (11,1%)
Выведение участка повреждения ТК на переднюю брюшную стенку в виде колостомы	3 (4,8%)	5 (5,1%)
Всего	62 (100%)	99 (100%)

Статистическая обработка данных проводилась с указанием числа наблюдений для каждого признака, расчетом средних величин (M), определением среднеквадратичного отклонения (σ), средней ошибки (m). Вычислялся критерий Стьюдента (t) и определялся доверительный интер-

вал для значений исследуемых показателей ($M \pm tm$). При проведении межгруппового сравнительного анализа послеоперационных осложнений и летальности использовалась методика углового преобразования Фишера. Проверка статистических гипотез осуществлялась на уровне значимости $\alpha=0,05$.

Результаты и обсуждение

После операции в основной группе умерли 2 (3,2%), а в контрольной 6 (6,1%) пострадавших. В большинстве случаев летальность у данных пострадавших была связана не с травмой ТК, а с повреждением других органов, обширной кровопотерей и шоком, особенно при сочетанной травме. Поэтому объективно судить об эффективности предложенной шкалы оценки риска несостоятельности швов ушитых повреждений ТК возможно лишь по показателям частоты несостоятельности в обеих клинических группах. В основной группе пострадавших несостоятельность швов ушитых повреждений ТК имела место в 1 (1,6%) случаев, в контрольной группе в 8 (5,7%) случаях ($\varphi=1,994$, $p<0,05$), статистически достоверные различия данных показателей говорят об эффективности предложенной шкалы.

Выводы

Таким образом, четкая оценка периоперационной ситуации при травматическом повреждении ТК с использованием шкалы оценки риска несостоятельности швов ушитого травматического повреждения ТК позволяет избежать такого сложно своевременно диагностируемого послеоперационного осложнения, как несостоятельность швов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов А.П., Данилов А.М., Сигуа Б.В. и др. Хирургическая тактика при ранениях толстой кишки // Материалы Первой международной

конференции по торако-абдоминальной хирургии, посвященной к 100-летию со дня рождения академика Б.В. Петровского. Москва, 2008. С. 35.

Mihajlov A.P., Danilov A.M., Sigua B.V. i dr. Hirurgičeskaja taktika pri ranenijah tolstoj kishki // Materialy Pervoj mezhdunarodnoj konferencii po torako-abdominal'noj hirurgii, posvjashhennoj k 100-letiju so dnja rozhdenija akademika B.V. Petrovskogo. M. 2008. S. 35.

2. Саркисян В.А. Лечение повреждений ободочной кишки на фоне сочетанной и множественной травмы // Материалы Первого съезда хирургов Южного федерального округа. Ростов н/Д, 2007. С. 73-74.

Sarkisjan V.A. Lečenje povrezhdenij obodochnoj kishki na fone sochetannoj i mnozhestvennoj travmy // Materialy Pervogo S#ezda hirurgov Juzhnogo Federal'nogo okruga. Rostov n/D, 2007. S. 73-74.

3. Наумов Е.В., Татарин С.Н., Костюченко А.И. Тактические подходы в лечении ранений ободочной кишки // Новые технологии в хирургии: материалы Международного хирургического конгресса. Ростов н/Д, 2005. С. 23-24.

Naumov E.V., Tatarin S.N., Kostjuchenko A.I. Taktičeskie podhody v lečenii ranenij obodochnoj kishki // Novye tehnologii v hirurgii: materialy Mezhdunarodnogo hirurgičeskogo kongressa. Rostov n/D, 2005. S. 23-24.

4. Матиева Э.В., Тотиков В.З., Хестанов А.К. и др. К вопросу о хирургическом лечении больных с огнестрельными ранениями прямой кишки // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. Волгоград, 2011. С. 612-613.

Matieva Je.V., Totikov V.Z., Hestanov A.K. i dr. K voprosu o hirurgičeskom lečenii bol'nyh s ognestrel'nymi ranenijami prjamoj kishki // Materialy XI S#ezda hirurgov Rossijskoj Federacii. Volgograd, 2011. S. 612-613.

5. Савченко Ю.П., Безлущкий П.Г., Щерба С.Н. Превентивная колостома при внебрюшинных повреждениях прямой кишки // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. Волгоград, 2011. С. 621-622.

Savchenko Ju.P., Bezluckij P.G., Shherba S.N. Preventivnaja kolostoma pri vnebrjušinnyh povrezhdenijah prjamoj kishki // Materialy XI S#ezda hirurgov Rossijskoj Federacii. Volgograd, 2011. S. 621-622.

6. Демидов В.А. Наш опыт лечения пострадавших с травмой толстой кишки // Новые технологии в хирургии: материалы Международного хирургического конгресса. Ростов н/Д, 2005. С. 348.

Demidov V.A. Nash opyt lečenija postradavših s travmoj tolstoj kishki // Novye tehnologii v hirurgii: materialy Mezhdunarodnogo hirurgičeskogo kongressa. Rostov n/D, 2005. S. 348.