

Помимо кишечника, у 52 (70 %) пациентов были повреждены и другие органы брюшной полости, а в 44 (59 %) случаях травма живота сочеталась с внебрюшными повреждениями. Основной причиной травмы у 28 пациентов (38 %) стало ДТП, у 24 (32 %) – побои, у 12 (16 %) – уличный и бытовой травматизм и у 8 (11 %) – падение с высоты, двое (3 %) поступивших факт травмы отрицали.

При обследовании помимо осмотра больных использовались инструментальные и лучевые методы диагностики: в 24 случаях (32 %) – обзорная рентгенография брюшной полости, в 29 (39 %) – ультразвуковое исследование (УЗИ), в 20 (27 %) – диагностический лапароцентез (ДЛЦ), и в 19 (26 %) – диагностическая лапароскопия (ДЛС).

Чувствительность, специфичность и точность рентгенологического исследования составили 30, 50 и 33 %, УЗИ – 27, 86 и 41 %, ДЛЦ – 92, 14 и 65 %, ДЛС – 90, 33 и 63 %, соответственно. У 21 больного (28 %) операция была выполнена на основании клиники перитонита или внутрибрюшного кровотечения.

В итоге, на основании клинических данных и результатов инструментальных методов обследования 2 (3 %) пациентам проводилось консервативное лечение, а 72 (97 %) было выполнено хирургическое вмешательство. По результатам ретроспективной оценки оказалось, что в хирургической коррекции нуждались 57 (77 %) пострадавших, соответственно у 15 (21 %) лапаротомии можно было бы избежать. Пропущенных повреждений кишечника не было, однако задержка диагностики в стационаре, превысившая сутки, встретилась в 4 случаях (5 %).

Таким образом, основной проблемой в диагностике повреждений кишечника, требующих хирургической коррекции, является низкая специфичность диагностических тестов, что послужило в ряде случаев причиной «напрасной» лапаротомии, при этом наиболее информативными оказались ДЛЦ и ДЛС.

В нашей работе были выполнены следующие операции: ушивание дефекта кишечной стенки – 49 (68 %), резекция поврежденного участка с на-

ложением первичного анастомоза – 13 (18 %) и резекция сегмента кишки с выведением коло- или илеостомы – 10 (14 %).

Несостоятельность кишечных швов и отхождение стомы развились у 6 пациентов (8 %): в 2 случаях отмечено отхождение колостомы, в 1 – илеостомы, в 1 – несостоятельность швов на культе толстой кишки, в 1 – недостаточность тонкокишечного анастомоза и в 1 – несостоятельность швов на тонкой кишке.

При оценке влияния различных факторов (шок и перитонит при поступлении, локализация, время от момента травмы, величина Abdominal Trauma Index (АТI)) на развитие обсуждаемых осложнений, выявлена прямая зависимость между их частотой и наличием перитонита при поступлении, задержкой операции более суток и величиной АТI ≥ 20 , тогда как шок при поступлении и локализация повреждения влияния на частоту внутрибрюшных осложнений не оказывали. Так, у пациентов с перитонитом, выявленным на первой операции, в отличие от других пострадавших, частота несостоятельности швов и отхождения стомы была в 1,6 раза выше. У больных с задержкой операции более суток от момента травмы внутрибрюшные осложнения развились в 2,8 раза чаще, чем у своевременно прооперированных пациентов. И у пострадавших с АТI ≥ 20 частота осложнений встретилась в 1,7 раза чаще, чем у пациентов с АТI < 20 .

Из пациентов с указанными осложнениями умерли 4 больных (67 %). Среди остальных пострадавших от различных причин, основной из которых был шок, умерло 20 пациентов (30 %).

Таким образом, перитонит при поступлении, задержка операции более 24 часов и АТI ≥ 20 являются факторами риска развития несостоятельности кишечных швов и отхождения стомы. Исключение выполнения первично-реконструктивных операций и более внимательное наблюдение за кишечной стомой в послеоперационном периоде у данной группы больных позволит снизить частоту развития указанных осложнений.

Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ

Читинская областная клиническая больница (Чита)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эффективности двухэтапной реабилитации больных с травмами ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 1994 – 2003 гг. в отделении колопроктологии областной больницы находились на

лечении 102 человека с травмами ободочной кишки. По виду травмы распределение происходило следующим образом: колото-резанные ранения – 53, огнестрельные – 17, закрытые – 15, перфорация инородным телом – 12, ятрогенные – 4, баротравмы – 1. По локализации лидировали повреждения поперечно-ободочной кишки – 54,

сигмовидной кишки — 37 и слепой — 4 случая. Отделы, лежащие мезоперитонеально, повреждались реже — нисходящий и восходящие отделы у 3 и 4 больных соответственно.

У 60 человек травма носила сочетанный характер, у 26 — комбинированный и только у 16 — изолированный характер. Повреждения ободочной кишки преимущественно сочетались с ранениями тонкой кишки (30 человек), на втором месте — печень (10 больных) и мочевого пузыря (9 пациентов), гораздо реже встречались повреждения желудка, почки, поджелудочной железы, диафрагмы и легких, костей таза и других органов.

Всем больным были выполнены операции с формированием колостомы. У 15 больных потребовалось выполнение резекции ободочной кишки. Причиной для выполнения резекции у 3 пациентов послужили множественные колото-резаные ранения ободочной кишки, у 7 — огнестрельные с размождением кишки на большом протяжении, у 5 — закрытые травмы с разможением кишки. После резекции 10 больным оба конца кишки выведены на переднюю брюшную стенку в виде двуствольной колостомы, а 5 больным проксимальный отдел выведен на переднюю брюшную стенку в виде одноствольной колостомы, а дистальный — ушит наглухо и оставлен в свободной брюшной полости по типу операции Гартмана. Всем остальным 87 больным резекция кишки не выполнялась, и были сформированы петлевые двуствольные колостомы, при этом у 74 больных рана кишки была выведена в виде стомы, а у 13 — ушита, с формированием проксимальной колостомы.

На втором этапе хирургической реабилитации всем больным выполнены внутрибрюшинные закрытия колостом. Пациентам с двуствольными петлевыми и отдельными стомами операции выполнялись из локального окаймляющего доступа, по предложенному нами способу (Патент РФ № 2228149 RU), содержащему преимущества внутрибрюшинных и внебрюшинных операций. Больным с одноствольными колостомами операции выполняли через срединную лапаротомию.

Учитывая высокую летальность и число послеоперационных осложнений, длительный послеоперационный койко-день — именно эти факторы, по данным Американского Правления Хирургов (ABS), являются наиболее надежными критериями эффективности реабилитации больных с заболеваниями и травмами ободочной кишки (Prystowsky J.V. et al., 2002).

Проверку статистической гипотезы при нормальном распределении проводили при помощи параметрических методов, в остальных случаях — непараметрическими методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе лечения летальность составила 1 случай. Однако причиной смерти послужи-

ло внутрибрюшное кровотечение при ранении нижней полой вены с развитием геморрагического шока 3-й степени. Летальность, связанная с травмой ободочной кишки отсутствует. По нашему мнению, данный факт связан, во-первых, с отсутствием шва в брюшной полости или прикрытие его проксимальной колостомой, во-вторых, выполнением операции врачом-колопроктологом, а не общим хирургом.

Число послеоперационных осложнений не зависело от способа формирования колостомы и составило 26,3 %, преимущественно за счет осложнений, связанных не с операцией, а с интенсивной терапией (гипостатическая пневмония, острые эрозии и язвы желудка и др.) — 21,8 %. Наиболее грозное осложнение, влекущее за собой высокую летальность при травмах ободочной кишки, — несостоятельность швов анастомоза отсутствовала в наших наблюдениях, что связано с формированием колостомы. Послеоперационный койко-день так же не зависел от способа формирования колостомы и составил при неосложненном течении — 12, а при осложненном — 17,3 дня.

У 56 % больных с двуствольными (петлевыми и отдельными) колостомами, они были закрыты в течение первых трех месяцев, в то же время у пациентов с одноствольной стомой — только у 3 %, а у большинства (43 %) — не ранее чем через 6 месяцев.

Несмотря на то, что летальность на втором этапе реабилитации отсутствовала, послеоперационные осложнения, не связанные с операцией у больных с двуствольными колостомами, отсутствовали, а с одноствольными составили 14,7 %. Число осложнений, связанных с операцией равнялось 11,7 % при одноствольных и 7,14 % при двуствольных колостомах. Средний послеоперационный койко-день у пациентов с одноствольными и двуствольными стомами составил при неосложненном течении 16,9 и 12,09 %, а при осложненном — 27 и 20,5 % соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несомненно, формирование колостомы является наиболее безопасным методом лечения больных с травмами ободочной кишки и позволяет максимально снизить летальность за счет исключения такого послеоперационного осложнения, как несостоятельность швов анастомоза. Наиболее рациональными видами колостом являются двуствольные петлевые, а при необходимости резекции кишки — отдельные двуствольные. Обоснованный выбор метода формирования колостомы и применение запатентованной технологии ее закрытия позволили сократить срок стомоносительства, снизить число осложнений и послеоперационный койко-день, и как следствие повысить качество реабилитации пациентов.