

Течение послеоперационного периода у детей с разрывом почек

	Хирургический доступ		
	Лапаротомия (n = 34)	Люмботомия (n = 14)	Щадящий доступ для ПНР (n = 7)
Лечение в реанимационном отделении	3,5 ± 1,6	2,2 ± 0,8	2,4 ± 1
Парез кишечника	3,1 ± 1,5	—*	1,4 ± 0,4
Введение анальгетика	3,7 ± 1,1	3,7 ± 2,4	3 ± 0,5
Антибактериальная терапия	9,8 ± 3,6	9,5 ± 1,2	7,4 ± 1,2
Средний койко-день	16,9 ± 7,8	18,6 ± 5,1	10,7 ± 2,2

Примечание: * – объективная информация в медицинской документации отсутствует.

целесообразным проводить полное клиническое обследование после видеолапароскопического исследования. Оптическая видеолапароскопия позволяет установить интенсивность кровотечения из разрыва органа или его прекращение на момент исследования, наличие и выраженность забрюшинной гематомы. Результатом является отказ от лапаротомии и быстрая коррекция сочетанных повреждений почек.

При лечении травматических повреждений органов забрюшинного пространства в детском возрасте, определяющим моментом выбора доступа при щадящем подходе, является прямой выход на разрыв почки, этому способствует использование аппаратов для прямой неоптической эндоскопии.

В нашей работе этим требованиям отвечали и использовались следующие виды хирургических доступов.

Для осмотра почки, лоханки, верхней и средней трети мочеточника – забрюшинный люмбокостальный доступ. При этом больной лежит на противоположном боку с подложенным под поясничную область эластичным валиком. В люмбокостальном углу выполняют разрез кожи длиной 3–6 см параллельно реберному краю. Длина разреза зависит от вида операции (3 см – для ревизии почки, эвакуации паранефральной гематомы и дрениро-

вания околопочечного пространства, до 6 см – для ушивания разрыва почки). Доступ в XI межреберье по задней аксилярной линии обеспечивает прямой выход на разрыв паренхимы в случае его расположения в области верхнего полюса почки.

Показана ретроперитонеоскопия при: 1) изолированном или сочетанном разрыве почек; 2) неоднозначной клинической картине и результатах визуализирующих методов исследования (УЗИ, урография).

Ретроперитонеоскопия противопоказана при проявлениях нестабильной гемодинамики. Различия течения послеоперационного периода у детей с травмой почек после оперативного лечения с применением лапаротомии, люмботомии и малотравматичных доступов иллюстрирует таблица 1.

После прямой неоптической ретроперитонеоскопии, выполняемой через малотравматичный доступ, мы не отметили осложнений. Сокращение времени операции, в первую очередь за счет доступа, малотравматичность, ранняя активизация детей, уменьшение дозы и кратности введения обезболивающих препаратов, раннее снятие швов и выписка домой – все это позволяет использовать щадящий подход в комплексе диагностики и лечения травматических повреждений почек.

В.М. Лебезев, С.Р. Абдурахманова, М.И. Бокарев

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИШЕЧНИКА

*Российский научный центр хирургии РАМН (Москва)
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова (Москва)*

Одним из спорных вопросов в хирургии травмы живота является диагностика и лечение закрытых повреждений кишечника.

За 2000–2004 гг. в ГКБ № 20 г. Москвы поступило 74 пациента с закрытой травмой кишки. Удельный вес данной патологии в структуре закры-

тых повреждений живота составил 4%. Из поступивших было 56 (76%) мужчин, 18 (24%) женщин. Возрастные рамки пациентов составили от 16 до 76 лет, средний показатель – 41 ± 17. У 41 (55%) пострадавшего была повреждена тонкая кишка, травма толстой кишки встретилась у 37 (50%) больных.

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 (АТІ)) на развитие обсуждаемых осложнений, выявлена прямая зависимость между их частотой и наличием перитонита при поступлении, задержкой операции более суток и величиной АТІ ≥ 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 АТІ ≥ 20 частота осложнений встретилась в 1,7 раза чаще, чем у пациентов с АТІ < 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 АТІ ≥ 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,