

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616-001-031.14:616.381-002-031.81-06-089:614.254.7

Е.Г. Григорьев, Г.П. Спасов, М.В. Садах, В.И. Капорский, С.А. Гельфанд,
М.Б. Агеенко, А.Ю. Козлова

— ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПЕРИТОНИТОМ И МНОГОЧИСЛЕННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии Сибирского отделения Российской академии медицинских наук и госпитальная хирургическая клиника (дир. центра и зав. каф. — чл.-кор. РАМН проф. Е.Г. Григорьев) ГОУ ВПО Иркутского государственного медицинского университета Минздравсоцразвития

Ключевые слова: сочетанная травма, перитонит, кишечный свищ.

Введение. Лечение пациентов, страдающих травматической болезнью, в период гнойно-инфекционных осложнений до сих пор сопровождается довольно высокой летальностью, которая на фоне синдрома «взаимного отягощения» колеблется от 35 до 90% [1–3]. Приводим одно из наблюдений.

Больной В., 15 лет. Госпитализирован 08.09.2007 г. в хирургическое отделение одного из лечебных учреждений через 2 ч после дорожно-транспортного происшествия (сбит автомашиной). Поступил без сознания, с тяжелой черепно-мозговой травмой, торакальными и абдоминальными повреждениями (по спиральной компьютерной томограмме установлен ушиб головного мозга, ушиб правого легкого,

ушиб живота). 13.09.2007 г. выполнены лапаротомия, ушивание дефекта подвздошной кишки в 2 м от илеоцекального перехода, резекция большого сальника, подвесная цекостомия, санация, дренирование брюшинной полости. 15.09.2007 г. выполнена санационная программируемая релапаротомия. На 2-е сутки в связи с появлением кишечного содержимого по дренажам из брюшинной полости выполнена релапаротомия. Установлена несостоятельность швов подвздошной кишки. Сформирована концевая энтеростома, а дистальный сегмент тонкой кишки ушит кисетным швом. Цекостома ушита. 20.09.2007 г. произведена релапаротомия, ревизия живота, формирование лапаростомы. В послеоперационном периоде потеря химуса через энтеростому до 4,5 л/сут. 22.09.2007 г. наложена трахеостома. На 7-е сутки выполнена релапаротомия, наложение энтероэнтероанастомоза с его экстериоризацией (через нижний угол гранулирующей лапаростомы). На 4-е сутки — несостоятельность анастомоза.



Рис. 1. Внешний вид больного В., 15 лет.

а — при поступлении в клинику; б — через 1 год.

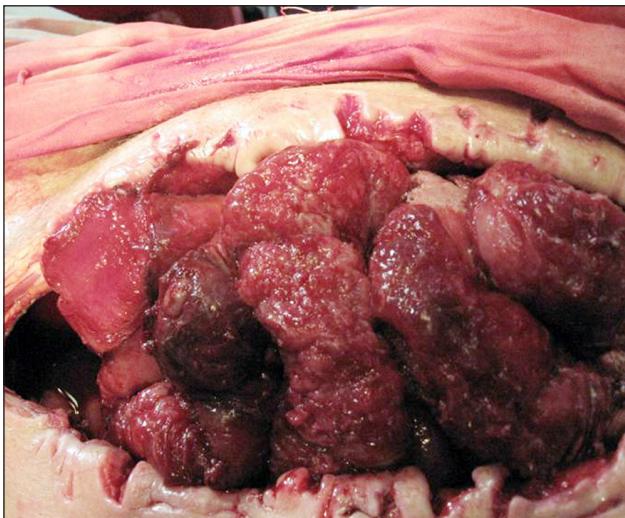


Рис. 2. Общий вид брюшинной полости и петель тонкой кишки после полной релапаротомии, энтеролиза.



Рис. 3. Внешний вид межкишечного анастомоза.

Для дальнейшего лечения транспортом службы медицины катастроф доставлен в нашу клинику.

При поступлении состояние тяжелое (APACHE=20 баллов). Сознание угнетено (сопор, по шкале Glasgow 10 баллов), адинамичный, кожа серая, морщинистая, тургор резко снижен, *facies hypoprotatica* (рис. 1, а).

ИВЛ через трахеостому. На брюшинной стенке срединная гранулирующая лапаростома до 20 см длиной, в которую открываются тонкокишечные свищи с эвагинацией слизистой оболочки. Распространенный химический дерматит передней брюшинной стенки. Пассаж по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ) дистальнее свищей отсутствует (стула нет в течение 27 дней). Выделение кишечного содержимого по свищам более 1 л/сут, потеря по назогастральному зонду общим объемом около 4,5 л/сут. АД=100/50 мм рт. ст., частота пульса 120 уд/мин, в ОАК: эр. $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$; л. $18 \times 10^9/\text{л}$; Нт 42%; СОЭ 60 мм/ч; общий белок 69,7 г/л; мочевина 7,98 ммоль/л; На 139 ммоль/л; К 2,54 ммоль/л, Са 0,34 ммоль/л. Рост 170 см, масса тела 33 кг. Потеря массы тела за 27 сут болезни 32 кг (49,2%) — исходная масса тела 65 кг. Индекс массы тела до

болезни 21,7, при поступлении в клинику 11,4 (гипотрофия III степени). Проведена защита кожного покрова передней брюшинной стенки — установка протектора в проксимальный свищесущий отдел тонкой кишки в лапаростоме, а также дренирование абсцесса малого таза с установкой ирригационно-аспирационной системы.

Интенсивная синдромальная терапия. Ежесуточно вводились: концентрированный раствор глюкозы (13–20%) — до 1200 мл+до 40 ЕД инсулина, аминоплазмаль Е-10% — 1000 мл, липофундин МСТ/ЛСТ 10% — 1000 мл, 10% раствор альбумина до 200 мл. Ежедневно назначали дипептиден в объеме 100 мл (≈ 3 мл/кг). Постоянная аспирация застойного содержимого через назогастральный зонд в объеме 3500–4000 мл/сут. 09.10.2007 г. магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга — признаки ушиба правой теменной доли.

10.10.2007 г. по неотложным показаниям пациент оперирован. Полная срединная релапаротомия через гранулирующую лапаростому, энтеролиз. Брюшинная полость представляет собой гранулирующую рану (рис. 2).

Стенка тонкой кишки плотная, отечна, инфильтрирована, деформация кишечных петель. Освобождены от сращений сегменты тонкой кишки (несущий свищ и деформированная подвздошная кишка, петли которой создавали ileus с формированием еще одного межкишечного свища) до ileoцекального перехода. Наложен межкишечный анастомоз «конец в конец» однорядным непрерывным швом (рис. 3).

В зоне обширного свища слепой кишки наложена цекостома с избыtkом в правой подвздошной области. Удалены сгустки «старой» крови, рыхлого и плотного фибрина. Длина сохраненной тонкой кишки около 200 см. В брюшинную полость установлен дренаж. Инфузионная программа в прежнем режиме. Продолжена антибактериальная терапия (сульперазон). Через 24 ч выполнены программируемая релапаротомия, санация, ревизия живота. В брюшинной полости недренируемых скоплений экссудата нет, петли тонкой кишки не эктазированы. Рыхлый адгезивный процесс. Программа этапных санаций живота завершена.

Послеоперационный период протекал без хирургических осложнений. Энтеральная поддержка: пептамен до 1000 мл/сут, пребиотики: Нутрикомб Файбер 200–300 мл. Восстановление пассажа по ЖКТ — поступление кишечного содержимого через цекостому и первый стул — на фоне введения Хилак-Форте, пробиотиков (Биовестин, Примадофилус) на 4-е сутки. В дальнейшем, на фоне постепенного расширения диеты, двигательного режима, отмечено увеличение массы тела.

01.12.2007 г. больной выписан из отделения для дальнейшей реабилитации и наблюдения невролога и хирурга по месту жительства (масса тела — 37,2 кг, ИМТ=12,9).

Повторно госпитализирован в клинику через 5 мес. 09.04.2008 г. выполнено закрытие цекостомы из местного доступа. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Осмотрен через 6 мес, 1 год (см. рис. 1, б), 2 года. Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. Масса тела 56,5 кг (ИМТ=19,5). Режим питания обычный. Стул 1 раз в сутки, кал оформленный.

Послеоперационные несформированные кишечные свищи, развивающиеся на фоне распространенного перитонита, как осложнения тяжелой сочетанной травмы, — патология, требующая в ряде случаев многократных хирургических вме-

шательств (в обсуждаемом наблюдении больному выполнено 5 операций до перевода и 2 операции в нашей клинике). Тяжесть состояния у таких пациентов определяется глубокими нарушениями всех видов обмена. Адекватная этапная хирургическая коррекция, адресная интенсивная терапия позволяют уменьшить летальность при рассматриваемой патологии и являются важнейшими составляющими лечебно-реабилитационного комплекса мероприятий у данной категории больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Розинов В.М., Плигина Е.Г., Продеус А.П. и др. Системная профилактика гнойно-воспалительных осложнений у детей с тяжелыми механическими травмами // Детская хир. – 2002. – № 5. – С. 53–54.
2. Рябинская Г.В., Розинов В.М., Плигина Е.Г., Продеус А.П. Прогнозирование и профилактика гнойно-септических инфекций при множественных и сочетанных травмах у детей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1999. – № 5. – С. 46–50.
3. Цыбуляк Г.Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений: Руководство. – СПб.: Гиппократ, 1995. – 432 с.

Поступила в редакцию 03.03.2011 г.