

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТОНКОЙ КИШКИ

© 2006 г. В.Н. Ситников, В.А. Саркисян, М.В. Турбин, О.Л. Дегтярев, А.Л. Исаян

Закрытые повреждения тонкой кишки являются наиболее частыми при травмах органов брюшной полости и встречаются до 37,8 % [1, 2], среди наблюдаемых нами больных – в 22,3 %.

Цель работы – определение хирургической тактики при повреждениях тонкой кишки.

Материалы и методы. Наш клинический материал включает 819 наблюдений сочетанных повреждений тонкой кишки: при закрытой травме живота – 146; колото-резаных – 640 и огнестрельных ранениях – 33 чел. Повреждения тонкой кишки возникали при колото-резаных ранениях (78,1 %), непосредственном ударе в живот (8,6 %), падении с высоты (9,2 %), при ушибе и сдавлении грудной клетки (0,9 %), при переломах костей таза и скелета (3,2 %). При проникающих ранениях повреждения тонкой кишки имели место лишь у 21,5 % пострадавших, поэтому сам факт такого ранения не может являться показанием к лапаротомии. Использование видеолапароскопии, в частности динамической лапароскопии, позволило избежать «напрасных» лапаротомий в 63,2 %.

Из 146 пострадавших с закрытой травмой живота изолированные повреждения тонкой кишки были у 18 (12,7 %), у 128 (87,3 %) – носили сочетанный характер. В клинической картине сочетанных повреждений тонкой кишки на первом месте была гиповолемия, связанная как с внутрибрюшным кровотечением, так и с общей кровопотерей, обусловленной переломами длинных трубчатых костей и костей таза. Дефицит ОЦК до 500 мл был у 25,4 % пациентов, до 1 л – у 46,7 %, до 2 л – у 18,1, более 2 л – у 9,8 %. Таким образом, у 27,9 % пострадавших (35 чел.) кровопотеря была расценена как крайне тяжелая. Проявления перитонита как следствие повреждения полого органа были выражены не у всех пострадавших, во-первых, из-за короткого времени от получения травмы до поступления в стационар; во-вторых, стертость симптомов раздражения брюшины была обусловлена сочетанными повреждениями черепа, скелета, шоком, алкогольным опьянением.

Верификация повреждений тонкой кишки до операции была возможна у половины пострадавших с закрытой травмой живота, по данным рентгенологического исследования, УЗИ и лапароскопии. У остальных пациентов показанием к лапаротомии служило продолжающееся внутрибрюшное кровотечение или клинические и рентгенологические признаки повреждения полого органа. Все пострадавшие были оперированы в промежутке от 30 мин до 2 ч с момента поступления, но время от момента получения травмы до поступления пострадавшего было от 1–2 ч до суток и более.

Общее число операций превышает число пострадавших, так как у одного пациента выполняли два и более оперативных вмешательства. Ушивание ран тонкой кишки выполнено 332 (40,6 %) пострадавшим. Показанием для резекции тонкой кишки были ее от-

рывы от брыжейки и множественные ранения на небольшом протяжении. Резекция кишки с анастомозом «конец в конец» выполнена 129 (15,7 %) пациентам, с анастомозом «бок в бок» – 268 (32,7 %).

При повреждении тонкой кишки более чем на 3/4 окружности с размождением краев раны, но сохраненным брыжеечным сегментом предпочтение отдавалось иссечению краев раны с ее ушиванием по Матешуку. При резекциях терминального отдела подвздошной кишки методом выбора было наложение илеотрансверзоанастомоза (84 пациента – 10,3 %). В 4 случаях возникла необходимость формирования полного наружного низкого тонкокишечного свища при позднем поступлении пострадавших и выраженной картине разлитого фибринозно-гнояного перитонита.

Лапароскопическое (ЛС) ушивание ран тонкой кишки выполнено 3 больным (0,3 %), ЛС клипирование повреждений брыжейки – 27 (3,4 %), ЛС ушивание, коагуляция разрывов сальника – 48 (5,9 %). По показаниям в послеоперационном периоде были использованы интубация тонкой кишки и дренирование брюшной полости.

В послеоперационном периоде имели место осложнения, связанные с операцией на тонком кишечнике: ранняя спаечная непроходимость кишечника – 13 случаев; нагноение и расхождение краев раны с эвентрацией кишечника – 17; поддиафрагмальные и межкишечные абсцессы – 24; абсцесс дугласова пространства – 7 случаев. Несостоятельность тонкокишечного анастомоза как причина послеоперационного перитонита была отмечена в 5 наблюдениях. Таким образом, осложнения после сочетанных повреждений кишечника имели место в 11,8 % случаях.

После операции умерло 19 (2,3 %) чел. Досуточная летальность составила 31,5 % (6 чел.). У всех этих пострадавших был гемоперитонеум от 500 мл до 3 л (в 1 случае), спинальная травма с полным перерывом спинного мозга (1 случай), ишемическая болезнь с острой коронарной недостаточностью (1 случай), открытая и закрытая черепно-мозговая травма с переломами костей свода и основания черепа, субарахноидальными кровоизлияниями и внутримозговыми гематомами (3 наблюдения). Кроме того, повреждения костей таза и скелета были у 4 пациентов; множественные осложненные переломы ребер – у 2; внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря – у 1; жировая эмболия легких – у 1 пациента.

До 3 сут умерло 7 чел. Гемоперитонеум до 2 л был в одном наблюдении, тяжелая травма черепа с кровоизлияниями под оболочечные пространства с проникновением в желудочки – в 3. У 3 пострадавших были множественные осложненные переломы ребер (6 ребер – 1 случай, 9 ребер – 1 наблюдение, 10 ребер – 1 случай). Множественные переломы костей таза и конечностей обнаружены у всех пострадавших, разрыв почки – в 1 случае. Картина разлитого фибринозно-гнояного перитонита отмечена в 1 наблюдении при

поступлении пострадавшего через 2 сут от момента получения травмы и еще в 1 случае – формирование множественных межплетельных абсцессов. Тромбоэмболия легочной артерии стала причиной смерти у 1 пациента, тромбоз вен легких – в 1 случае, жировая эмболия легких – в 1 наблюдении.

Всем этим пострадавшим (от 1 до 3 сут) были выполнены хирургические вмешательства в необходимом объеме: лапаротомия, дренирование грудной клетки, декомпрессионная трепанация черепа, ламинэктомия, гипсовая иммобилизация переломов, скелетное вытяжение или открытая репозиция отломков, трахеостомия.

Среди других причин смерти в третий период травматической болезни (6 чел.) можно назвать острую полиорганную недостаточность, гнойный трахе-

обронхит, пневмонию, дольковую сливную пневмонию с абсцедированием, эмпиему плевры (2 пациента). В одном случае на 14-е сут смерть наступила от тромбоэмболии легочной артерии. Перитонит как причина смерти был в 3 случаях на 12, 16 и 54-й дн. после операции.

Выводы. Хирургическая тактика при повреждениях тонкой кишки зависит от локализации и вида повреждения, а также от времени, прошедшего с момента травмы.

Литература

1. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А., Михопулос Т.А. Повреждения живота. М., 1986.
2. Уракчеев Ш.К. // Вестн. хир. 1998. № 3. С. 72–75.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Городская больница скорой медицинской помощи № 2, г. Ростов-на-Дону*

17 февраля 2006 г.