

Открытые повреждения грудной клетки в сочетании с повреждениями брюшной полости наблюдались только в 62 случаях. Из них торако-абдоминальных повреждений, нанесенных холодным оружием – 51, огнестрельным – 5. Среди пациентов с торако-абдоминальными повреждениями торакотомия выполнена в 8 случаях. Из 56 пострадавших летальный исход был в 10 случаях (2 – ранения сердца, 8 – тяжелая травма органов брюшной полости с геморрагическим шоком). Смерть наступила в первые два часа с момента поступления больных.

Из 6 пациентов с изолированными повреждениями груди и живота в 3 случаях выполнена торако- и лапаротомия, в остальных – дренирование плевральной полости и лапаротомия. Исходы благоприятны.

Таким образом, основную массу составляют пострадавшие с закрытой травмой грудной клетки. Из них наибольшее количество представлено группой больных с осложненным переломом ребер – 545 из 795 (68,6%). К самой тяжелой категории пострадавших относится группа с сочетанными травмами органов грудной клетки и брюшной полости, что подтверждается наибольшим процентом летальности в данной группе – из 36 погибло 15 человек. Причиной смерти в преобладающем большинстве случаев явились тяжелый травматический шок в сочетании с геморрагическим и развившейся на догоспитальном этапе кровопотеря, несовместимая с жизнью. В группе с летальным исходом у подавляющего большинства – травма внутренних органов сочеталась с тяжелой ЧМТ и скелетной травмой, что усугубляло тяжесть патологического процесса.

Результаты лечения травм толстой кишки в условиях специализированного отделения

Главный врач ГКБ № 23 Елфимов П.В.

Д.м.н., заведующая курсом неотложной травматологии кафедры хирургии ФУВ Уральской государственной медицинской академии

Кузнецова Н.Л.

Демидов В.А.

Травма толстой кишки до сих пор является большой и нерешенной проблемой хирургии повреждений как в военное, так и в мирное время. По данным авторов, она составляет от 4% до 50% всех повреждений органов брюшной полости. Особенностью повреждений толстой кишки является частое сочетание с травмой других систем организма и органов брюшной полости (до 77,4% Курицын А.Н.). Эти повреждения сопровождаются высокой летальностью (4 – 19,2% Борисов А.Е., Сажин В.П., Саркисян В.А., до 36% Шеянов С.Д., Цибуляк Г.Н. 1997 г.) и большим количеством осложнений (до 52%). Нет единой классификации

повреждений толстой кишки. Не выработана единая оперативная тактика при этих повреждениях и способы завершения операции. Актуальность проблемы лечения повреждений толстой кишки настолько велика, что в мае 1997 г. прошла конференция колопроктологов, на которой впервые за последние десятки лет обсужден вопрос «Ранение толстой кишки в военное и мирное время».

В специализированном отделении торако-абдоминальной травмы ГКБ № 23 за период с 1994 г. по 1997 г. прооперировано 1671 человек с травмой органов брюшной полости. Повреждение толстой кишки среди них встретилось у 156 больных (9,4%). По возрасту больные распределились следующим образом: до 20 лет – 9,3%, 20-30 л. – 30,7%, 31-40 л. – 31,4%, 41-50 л. – 20%, старше 50 л. – 8,6%. Мужчины составили 89%, женщины – 11%.

Причинами повреждения толстой кишки явились следующие факторы: закрытая травма живота в 15,4%, колото-резаные раны в 73,8%, огнестрельные ранения – в 10,8%. Сочетанная травма была у 29 больных (18,6%). Травма толстой кишки сочеталась с повреждениями грудной клетки, переломами костей таза, черепно-мозговой травмой. Торако-абдоминальные ранения составили 7,7% (12 чел.). Более 60% пострадавших при поступлении находились в состоянии алкогольного опьянения. В состоянии шока доставлено 35% больных. Объем диагностических мероприятий проводился в зависимости от общего состояния пострадавшего. При закрытой травме живота выполнялся лапароцентез с шарящим катетером, в редких случаях – лапароскопия. При открытых повреждениях проводилась первичная хирургическая обработка ран. Пострадавшим в тяжелом состоянии выполнялся минимум обследования, и они быстро доставлялись в операционную. При позднем обращении, с клиникой перитонита, в течение нескольких часов проводилась предоперационная подготовка. При торако-абдоминальных ранениях перед операцией в обязательном порядке дренировалась плевральная полость.

Всем больным выполнялась срединная лапаротомия под эндотрахеальным наркозом. Из всех повреждений толстой кишки 61 чел. (39%) имел повреждения поперечной ободочной кишки. Сигмовидная кишка повреждена у 33 чел. (21%), нисходящая ободочная кишка – у 22 чел. (15%), слепая кишка – у 9 чел. (5,9%), восходящая ободочная кишка – у 6 чел. (3,9%), прямая кишка – у 4 чел. (2,5%). У 21 пострадавшего (15,2%) была повреждена только брыжейка ободочной кишки. Изолированная травма толстой кишки встретилась у 32 больных (21%). У остальных были множественные повреждения органов брюшной полости.

Чаще всего вместе с толстой кишкой повреждаются: тонкая кишка (23 случая), поджелудочная железа (11 сл.), печень (8 сл.), селезенка (6 сл.), почки (5 сл.), крупные сосуды (4 сл.). У 25 пациентов была травма более двух органов брюшной полости. У 6 больных поврежденными оказались сразу несколько отделов толстой кишки одновременно. Сквозные ранения кишки были у 22% оперированных.

Особую группу составили пострадавшие с тяжелой закрытой травмой живота, отрывом толстой кишки от брыжейки и гангреной кишки (7 чел.). В 3 случаях повреждены крупные сосуды брыжейки (нижняя брыжеечная артерия и средняя ободочная артерия). Перитонит при поступлении диагностирован у 6 больных.

При ревизии брюшной полости особенно тщательно осматривалась брыжеечный край кишки для своевременного выявления небольших ран, прикрытых гематомой.

Наша тактика при повреждениях толстой кишки строго индивидуальна и зависит от характера повреждения, степени нарушения кровоснабжения поврежденного участка кишки, тяжести состояния пострадавшего. Локализация повреждения ободочной кишки не оказывает особого влияния на выбор операции.

Все колото-резаные раны ободочной кишки после иссечения краев ушиваются двухрядными швами. Проксимальная колостома не накладывается. При множественных ранах на небольшом участке кишки, повреждении брыжейки с нарушением питания кишечной стенки производится резекция ободочной кишки.

Из 156 оперированных резекция ободочной кишки произведена у 15 человек (9,9%). У 8 из них операция завершена первичным анастомозом. В 2 случаях анастомоз дополнен проксимальной колостомой. У 5 больных концы ободочной кишки после резекции выведены на переднюю брюшную стенку. В 5 случаях при тяжелой закрытой травме живота произведена резекция толстой и тонкой кишки.

Мы придаём большое значение технике формирования анастомоза. Все анастомозы накладываются ручным способом, отдельными двухрядными швами. При выполнении первого ряда используется шов Микилича.

При огнестрельных ранениях тактика также индивидуальна. При небольших ранах производится хорошее иссечение и ушивание двухрядными швами. При множественных повреждениях кишки, ее размозжении, повреждении брыжейки – производится резекция кишки. Из 17 оперированных с огнестрельными ранениями толстой кишки у 9 произведено ушивание ран. В одном случае ушивание раны дополнено про-

ксимальной колостомой. У 6 пострадавших произведена резекция кишки. Первичный анастомоз сформирован в 4 случаях. У остальных больных операция завершена колостомой.

Отдельную группу составили пострадавшие с травмой прямой кишки. Во всех наших наблюдениях были повреждения внебрюшинной части кишки (4 чел.). У одного больного имелось огнестрельное повреждение ампулы прямой кишки в сочетании со сквозным ранением мочевого пузыря. В другом случае ранение ягодичной области сопровождалось сквозным ранением ампулы прямой кишки. У 2 больных повреждения прямой кишки сочеталось с переломами костей таза. У одного из них переполненная газом прямая кишка при сдавлении между предметами лопнула, как «воздушный шар». Проксимальный конец сократился вверх, а клочья ампулы свисали в просвет обширной гематомы.

При повреждении внебрюшинной части прямой кишки производилось ушивание ран со стороны просвета при хорошей дивульсии ануса; дренировалась тазовая клетчатка. Особое внимание обращалось на полное отключение прямой кишки. Во всех случаях наложена колостома с полным пересечением кишки. Осложнения были после операции у 8 больных (5,4%). В 3 случаях отмечена несостоятельность швов (у одного из них швов анастомоза), у 5 — явления продолжающегося перитонита. Всем этим больным произведена релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. При несостоятельности швов участок кишки со швами выводился на переднюю брюшную стенку или производилась резекция кишки с колостомой.

После операции умерли 13 человек. Общая летальность составила 8,5%, что значительно ниже сборной статистики. Из них 6 оперированных умерли в первые сутки от тяжелого шока и кровопотери, 2 больных умерли от пневмонии и 1 от тромбоэмболии легочной артерии. Истинная летальность от травмы толстой кишки наблюдалась у 4 человек (2,5%). Смерть у них наступила от продолжающегося перитонита в сроки от 4 до 25 суток с момента операции.

Снижение летальности у этой группы больных мы связываем со своевременной операцией, правильно выбранной тактикой и тщательной техникой выполнения операции.

Считаем целесообразным в условиях мирного времени в специализированных учреждениях расширить показания для первичного анастомоза.

Посттравматические колостомы считаем возможным закрывать через 3 недели после операции.