



В.М. Косован

КЗ «Одеська обласна клінічна лікарня»

© В.М. Косован

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ ТОВСТОЇ КИШКИ

Резюме. На даних власних спостережень 221 потерпілого з проникаючими пошкодженнями товстої кишки розроблено алгоритм хірургічної тактики та вибір варіантів хірургічного втручання з урахуванням важкості травми, ступеню пошкодження товстої кишки, об'єму крововтрати, локалізації пошкоджень, термінів після часу одержання травми, наявності чи відсутності гнійно-септичних ускладнень на момент втручання, пошкоджень інших анатомічних ділянок. Ізольовані проникаючі пошкодження товстої кишки були виявлені лише в 124 (56,11 %) потерпілих, в інших 97 (43,89 %) випадках були поєднані множинні пошкодження органів черевної порожнини. Причиною летальності з 7 (3,17 %) випадків були: в 3 (1,36 %) геморагічний шок в фазі незворотних змін, в 3 (1,26 %) – тяжка черепно-мозкова травма та в одному (0,45 %) – гнійно-септичні ускладнення травми підшлункової залози. Гнійно-септичні ускладнення діагностовано в 17 (7,69 %) спостережень. Неспроможність швів зашити рани виникла у двох (0,9 %) хворих, що потребувало повторного оперативного втручання для санації та дренивання черевної порожнини та формування колостоми. Розроблена раціональна хірургічна тактика дозволила у 168 (76,02 %) потерпілих виконати оперативні втручання органо- та функціональнозберігаючого характеру, що дозволило отримати досить задовільні результати хірургічного лікування проникаючих пошкоджень товстої кишки.

Ключові слова: травми ободової кишки, хірургічна тактика, одно- та двостовбурові колостоми

Вступ

Проникаючі пошкодження товстої кишки (ППТК) мирного часу складають 10-16,2 % та займають особливе місце внаслідок частих ускладнень в післяопераційному періоді і високої летальності. В першу чергу таке становище пов'язане з тяжкістю травми самої кишки, оцінка якої за сучасними класифікаційними шкалами наближається до максимальних значень, або близьким до них [4]. ППТК справедливо вважають одним з найбільш несприятливих прогностичних факторів при важкій травмі [5]. Окрім ізольованих травм товстої кишки досить часто зустрічаються поєднані травми товстої кишки. Ускладнений перебіг післяопераційного періоду після поранень товстої кишки реєструється в 40-65 % випадків, а рівень летальності досягає 8-17 % в мирний час [1, 2, 6] і 18-53,3 % в умовах бойових дій [3]. Основною причиною смерті в післяопераційному періоді є важкі внутрішньочеревні ускладнення, які виникають в 50 % спостережень [6]. На жаль, до цих пір відсутня чітка визначеність у вирішенні питань хірургічної тактики при пораненнях і травмах товстої кишки, про що свідчать повідомлення останніх років.

Таким чином, необхідна оптимізація хірургічної тактики при ізольованих та поєднаних ППТК. Відсутність єдиних підходів при лікуванні травм товстої кишки зумовлює необхідність створення єдиних алгоритмів, що призначені для надання допомоги даної категорії постраждалих.

Виходячи з вищевикладеного, ізольовані та поєднані ППТК, а також їх хірургічне лікування на сьогоднішній день залишаються актуальною проблемою.

Мета дослідження

На основі власних результатів лікування постраждалих із ізольованими та поєднаними ППТК вибрати та запропонувати оптимальну хірургічну тактику.

Матеріали та методи досліджень

Робота виконана на досвіді хірургічного лікування 221 потерпілого з травматичними ППТК. У своїй роботі використовували класифікацію ступенів пошкоджень товстої кишки, яка запропонована [6]: I ступінь – пошкодження не більше 1/3 окружності кишки з крововтратою до 500 мл, відсутністю калового вмісту в кишці та пошкоджень інших орга-



Таблиця 1

Пошкодження товстої кишки в поєднанні з пошкодженнями органів черевневої порожнини

Пошкоджений орган	Кількість спостережень	
	Абсолютна кількість	%
Печінка	16	7,24
Селезінка	12	5,43
Тонка кишка	47	21,27
Сечовий міхур	6	2,72
Нирка	9	4,07
Уретра	2	0,90
Дванадцятипала кишка	2	0,90
Підшлункова залоза	3	1,36
Всього:	97	43,88

нів; II ступінь – пошкодження до 1/2 окружності кишки з крововтратою до 2000 мл та неважкими пошкодженнями інших органів; III ступінь – наявність розтрощення сегмента або пошкодження більше половини окружності кишки, множинні пошкодження товстої кишки, крововтрата більше 2000 мл, важкі пошкодження внутрішніх органів. Поєднані пошкодження, коли наряду з травмою органів черевневої порожнини були пошкодження інших анатомічних ділянок, спостерігались в 65 (29,41 %) випадках, серед них пошкодження кісток тазу в 4 (1,81 %), кісток скелету в 24 (10,86 %) та грудної клітини в 37 (16,74 %).

В стані травматичного та геморагічного шоку поступило 47 (21,27 %) потерпілих: I ступеню – 26 (%), II ступеню – 11 (%), III ступеню – 10 (%). Час, з моменту одержання травми до оперативного втручання, складав від 30 хвилин до 24 годин.

Переважає місце складала проникаючі колото-різані поранення в 161 (72,85 %), вогнепальні – в 18 (8,15 %), при закритих травмах – 21 (9,50 %), пошкодження стороннім тілом – 21 (9,50 %) випадках.

Всім потерпілим, у залежності від характеру травми та стану поряд з реанімаційними мірама, проводилось клініко-інструментальне обстеження: УЗД, лапароцентез, рентгенологічні дослідження кісток тулуба, грудної клітини та черепа. Потерпілим з колото-різаними пошкодженнями виконувалась первинна хірургічна обробка ран.

Результати дослідження та їх обговорення

Діагностичні труднощі виникли у пацієнтів, які знаходились в стані коми, травматичного шоку. Застосування УЗД та лапароцентезу дозволило запобігти помилок в діагностиці ППТК.

Всім хворим під час лапаротомії виконувалась методична ревізія органів черевневої порожнини для виявлення наявних пошкоджень інших органів.

Пошкодження сліпої кишки діагностовано в 9 (4,07 %), висхідної – 12 (5,43 %), поперекової ободової – 121 (54,75 %), нисхідної – 24 (10,86 %), сигмоподібної – 31 (14,03 %) та прямої – 24 (10,86 %). З 24 поранених із пошкодженням прямої кишки сім одержали поранення через промежину.

Ізольоване ППТК було виявлено в 124 (56,11 %) потерпілих. Поєднані множинні пошкодження органів черевневої порожнини були в 97 (43,89 %) випадках та наведені в табл.1.

При ППТК у 168 (76,02 %) потерпілих оперативні втручання мали органно- та функціонально-зберігаючий характер.

Вибір варіанту хірургічного втручання при ППТК був обумовлений важкістю травми, об'ємом крововтрати, локалізацією пошкоджень, термінами після часу одержання травми, наявністю чи відсутністю гнійно-септичних ускладнень на момент втручання, важкістю пошкоджень інших анатомічних ділянок.

При ППТК I ступеню у 134 (60,63 %) потерпілих виконано зашивання рани кишки двухрядними вузловими швами, а у випадках із забрудненням рани та наявністю калового вмісту, доповнювали екстраперитонізацією пошкодженої петлі.

При ППТК II ступеню у 34 (15,38 %) – зашивання рани товстої кишки з екстраперитонізацією пошкодженої петлі. При наявності пошкоджень інших органів черевневої порожнини в 71 (32,13 %) випадку виконувалось зашивання ран цих органів.

При ППТК III ступеню у 53 (23,98 %) випадках виконувались резекції пошкоджених сегментів кишки з формуванням одностовбурових колостом, при пошкодженні інших органів їх видалення (селезінка в 12 (5,43 %), нирка – 7 (3,17 %)). У 24 (10,86 %) випадках позаочеревинного пошкодження прямої кишки сформована двостовбурова колостома. При наявності розповсюдженого перитоніту незалежно від розмірів дефекту в товстій кишці формувалася колостома.

У 97 (43,89 %) хворих хірургічне втручання з поєднаними пошкодженнями органів черевневої порожнини та позаочеревного простору проведено втручання на цих органах (зашивання ран в 78 (35,29 %), резекції в 37 (16,74 %), видалення селезінки в 12 (5,43 %), нирки – 7 (3,17 %) випадках).

Хірургічні втручання у хворих з ППТК в залежності від виду, характеру та ступеню пошкодження приведені в табл. 2.

Причиною летальності в 7 (3,17 %) випадків були: геморагічний шок в фазі незворотніх змін – 3 (1,36 %), важка черепно-мозкова травма – у 3 (1,26 %) та гнійно-септичні ускладнення травми підшлункової залози – у 1 (0,45 %).



Гнійно-септичні ускладнення у вигляді нагноєння ран та внутрішньочеревинних абсцесів діагностовано в 17 (7,69 %) спостереженнях.

Таблиця 2

Хірургічні втручання у хворих з ППТК в залежності від виду, характеру та ступеню пошкоджень

Види пошкоджень	Ступені ППТК			Всього
	I ступінь	II ступінь	III ступінь	
колото-різані	117 (52,94 %)	23 (10,41 %)	21 (9,5 %)	161 (72,85 %)
вогнепальні	9 (4,07 %)	1 (0,45 %)	8 (3,62 %)	18 (8,15 %)
закриті	6 (2,71 %)	3 (1,36 %)	12 (5,43 %)	21 (9,5 %)
сторонніми тілами	2 (0,91 %)	7 (3,16 %)	12 (5,43 %)	21 (9,5 %)
Всього:	134 (60,63 %)	34 (15,38 %)	53 (23,98 %)	221 (100 %)

Неспроможність швів зашитої рани виникла у 2 (0,9 %) хворих, що потребувало повторного оперативного втручання для санації та дренивання черевної порожнини та формування колостоми.

Висновки

Таким чином, хірургічна тактика у потерпілих з ізольованими та поєднаними ППТК потребує подальшого вивчення та удосконалення.

1. Ізольовані проникаючі пошкодження товстої кишки були виявлені лише в 124 (56,11 %) потерпілих, в інших 97 (43,89 %) випадках були поєднані множинні пошкодження органів черевної порожнини.

2. При проникаючих пошкодженнях товстої кишки у 168 (76,02 %) потерпілих оперативні втручання мали органо- та функціонально-зберігаючий характер.

3. Рациональна хірургічна тактика з врахуванням виду, характеру, ступеню пошкодження, часу після отримання травми, крововтрати, наявності пошкоджень інших органів та ділянок, наявності гнійно-септичних ускладнень дозволяє отримати досить задовільні результати хірургічного лікування проникаючих пошкоджень товстої кишки.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Алиев С.А.* Повреждения толстой кишки в неотложной хирургии / С.А. Алиев // Хирургия. – 2000. – № 10. – С. 35 – 40.

2. *Алиев С.А.* Повреждение толстой кишки в хирургии абдоминальных травм / С.А. Алиев, Э.С. Алиев // Актуальные проблемы колопроктологии: материалы научной конференции с международным участием. – М., 2005. – С. 410 – 412.

3. *Брюсов П.Г.* Оказание специализированной хирургической помощи при тяжелой механической сочетанной травме / П.Г. Брюсов // Вестник хирургии им. Грекова. – 2001. – № 1. – С. 43 – 47.

4. *Наумов Е.В.* Тактические подходы в лечении ранений ободочной кишки / Е.В. Наумов, С.Н. Татарин, А.И. Костюченко // Новые технологии в хирургии: материалы международного хирургического конгресса. – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 23 – 24.

5. *Повреждение ободочной кишки при сочетанной травме* / В.А. Саркисян, В.К. Татьянченко, М.Ф. Черкасов [и др.]. // В кн: Ранения толстой кишки в военное и мирное время. – Красногорск, 1998. – с. 59-61.

6. *Хирургическая тактика при сочетанных повреждениях толстой кишки* / Б.А. Сотниченко, В.В. Глушко, О.Б. Калинин [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2008. – № 4. – С. 44 – 47.



ХИРУРГИЧЕСКАЯ
ТАКТИКА
ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПОВРЕЖДЕНИЯХ
ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.Н. Косован

Резюме. По данным собственных наблюдений 221 пострадавшего с проникающими повреждениями толстой кишки разработан алгоритм хирургической тактики и выбор вариантов хирургического вмешательства с учетом тяжести травмы, степени повреждения толстой кишки, объема кровопотери, локализации повреждений, сроков после времени получения травмы, наличии или отсутствии гнойно-септических осложнений на момент вмешательства, повреждения других анатомических областей. Изолированные проникающие повреждения толстой кишки были обнаружены только у 124 (56,11 %) пострадавших, в остальных 97 (43,89 %) случаях были сочетанные множественные повреждения органов брюшной полости. Причиной летальности из 7 (3,17 %) случаев были: в 3 (1,36 %) геморрагический шок в фазе необратимых изменений, в 3 (1,26 %) – тяжелая черепно-мозговая травма и в 1 (0,45 %) – гнойно-септические осложнения травмы поджелудочной железы. Гнойно-септические осложнения диагностированы в 17 (7,69 %) наблюдениях. Несостоятельность швов ушитой раны кишки возникла у 2 (0,9 %) больных, что потребовало повторного оперативного вмешательства с целью санации и дренирования брюшной полости и формирования колостомы. Разработанная рациональная хирургическая тактика позволила 168 (76,02 %) пострадавшим выполнить оперативные вмешательства орган- и функционально сберегающего характера, что позволило получить достаточно удовлетворительные результаты хирургического лечения проникающих повреждений толстой кишки.

Ключевые слова: *травмы ободочной кишки, хирургическая тактика, одно- и двухствольные колостомы.*

SURGICAL MANAGEMENT
OF TRAUMATIC INJURIES
OF THE COLON

V.N. Kosovan

Summary. On the data of his own observations of the affected 221 with penetrating injuries of the colon developed an algorithm for surgical treatment options and the choice of surgical procedure, taking into account the severity of injury, the degree of damage to the colon, the volume of blood loss, damage localization, time after time of injury, presence or absence of septic complications time of the intervention, damage to other anatomic regions. Isolated penetrating injuries of the colon were found only in the 124 (56,11 %) affected in the remaining 97 (43,89 %) cases were combinative multiple injuries of the abdominal cavity. The cause of mortality of 7 (3,17 %) cases were – in 3 (1,36 %), hemorrhagic shock in the phase of irreversible changes in the 3 (1,26 %) – severe head trauma in 1 (0,45 %) – purulent-septic complications of pancreatic trauma. Purulent-septic complications were diagnosed in 17 (7,69 %) observations. The failure of the wound stitched seams ulcers occurred in 2 (0,9 %) patients, requiring repeated surgery to rehabilitation and drainage of the abdominal cavity and the formation of colostomy. Developed a rational surgical tactics allowed in 168 (76,02 %) suffered perform surgery, and organ-funktionalnosberegayuschego nature, which allowed us to obtain a sufficiently satisfactory results of surgical treatment of penetrating injuries of the colon.

Keywords: *trauma of the colon, surgical approach, one- and double-barreled colostomy.*