

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ И ПОЛЫХ ОРГАНОВ ПРИ ОТКРЫТОЙ И ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

М.Э. Эсенгельдиев – соискатель

Бишкекский центр травматологии и ортопедии

Показано, что основными клиничко-прогностическими критериями при повреждениях органов живота являются: анамнез со слов пострадавшего и врачей скорой помощи, жалобы, характер сознания, уровень АД сист., ЧСС на момент поступления, ЧДД, форма живота, характер перистальтики, отхождение газов и стула.

Ключевые слова: хирургическое лечение; полые и паренхиматозные органы живота; открытая и закрытая травма живота.

Повреждения органов брюшной полости при открытой [1, 2] и закрытой [3, 4] травме живота относятся к тяжелым поражениям организма [5], которые нередко приводят пострадавших к инвалидности [6, 7]. Хирургическое лечение травм паренхиматозных [8, 9] и полых [10] органов брюшной полости является одной из актуальнейших задач в современной абдоминальной хирургии [11, 12].

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения пострадавших с повреждениями паренхиматозных и полых органов при открытой и закрытой травме живота.

Материалы и методы. Клиничко-лабораторные исследования выполнены 79 пострадавшим с травмами живота, поступившим в клинику БНИЦТиО за период 1986–2008 гг., из них 38 – с поражениями паренхиматозных и 41 – полых органов. Пострадавшим проводили осмотр, пальпацию, аускультацию и перкуссию живота. Рентгенологические исследования проводили на комплексе “RUM – 20”, УЗИ выполняли на аппарате фирмы “АЛОКА” (Япония) при поступлении по показаниям одно- или многократно в течение первых и последующих суток пребывания в стационаре. Анализ крови,

содержание белка и его фракций определяли по В.Г. Колбу, В.С. Камышникову (1982), билирубин и его фракции, мочевины, остаточный азот и креатинин по В.В. Меньшикову (1978). На микроауступе “Сомракт-2” – полуавтоматическом микропроцессорном анализаторе – определяли показатели КЩР: активность ионов водорода (рН), парциальное давление двуоксида углерода (рСО₂), парциальное давление кислорода (рО₂), избыток оснований (ВЕ), избыток оснований во внеклеточной жидкости (ВЕесf), буферная ёмкость (ВВ), бикарбонат (-НСО₃). Полученный клинический материал обработан методами вариационной статистики для связанных и не связанных между собой наблюдений и вычислен показатель достоверности (Р).

Результаты и обсуждение. При закрытой и открытой травмах живота из 79 пострадавших разрыв полых органов был у 41 и повреждение паренхиматозных органов – у 38. Среди пострадавших с травмой паренхиматозных органов ушиб печени и селезёнки мы наблюдали у 9 (23,7 %). Во время операции обнаружен разрыв доли печени, хвоста, тела или головки селезёнки у 14 (36,9 %), разможжение селезёнки как органа у 10 (26,3 %)

человек и у 3 (7,9%) пострадавших был отрыв селезёнки. Отметим, что у 2 пациентов при закрытой травме живота мы наблюдали так называемый двухфазный или субкапсулярный разрыв ткани селезёнки, у 1 больного лапаротомия была выполнена к концу 1 суток, а у второго – на 3 сутки после травмы. Хирургическое вмешательство в течение 1 часа было выполнено 36, от 1 до 3 часов – 16 и позднее 3 часов – 27 пострадавшим. При этом до 1 часа были выполнены операции 6 (16,7 %) – при травме паренхиматозных и 30 (83,3 %) при травме полых органов. Из 16 пациентов, прооперированных в течение 1–3 часов, у 3 (18,7 %) была травма паренхиматозных и у 13 (81,3 %) – полых органов брюшной полости. Позже 3 часов от момента получения травмы лапаротомия была выполнена 6 (22,2 %) – при повреждении паренхиматозных и 21 (77,8 %) – при повреждении полых органов. Анализ тактико-технических решений у пострадавших с открытыми и закрытыми травмами полых и паренхиматозных органов показал, что лапароцентез был выполнен 20 пострадавшим: 10 (26,3 %) – при травме паренхиматозных и 10 (24,4 %) – полых органов. Лапаротомия в экстренном порядке мы выполнили 42 пациентам, из них 15 (39,5 %) – с повреждениями паренхиматозных и 27 (65,8 %) – полых органов брюшной полости. Лапаротомия в динамике травматического процесса мы выполнили 17 больным, 13 (34,2%) – при травме паренхиматозных и 4 (23,5 %) – при травме полых органов брюшной полости. При лапаротомии у 10 (26,3 %) пострадавших был обнаружен разрыв передней стенки желудка. У 1 (2,6 %) пострадавшего выявлен неполный разрыв двенадцатиперстной кишки. Характер повреждений тонкого кишечника был следующий: у 3 (7,9 %) – неполный, у 4 (10,7 %) больных – полный разрыв тонкой кишки. Одновременно у 2 (5,3 %) пострадавших была повреждена брыжейка. Из паренхиматозных органов приведем только данные пострадавших с повреждениями печени и селезёнки. Отметим, что у 13 (34,2 %) больных обнаружена ушибленно-рваная рана печени, у 13 (34,2 %) пострадавших были разрывы доли печени с кровотечением. У 4 (10,5 %) человек – локальное разможжение доли печени. У 28 пациентов мы обнаружили травмы селезёнки. 13 (34,2 %) пострадавших имели ушибленно-рваную рану, 13 (34,2 %) – разрывы с острым кровотечением и 2 (5,3 %) пострадавших – отрыв селезёнки у основания сосудистой ножки.

Из 79 прооперированных пострадавших ушивание ран было выполнено 44 (55,7%). Из них, ушивание ран полых органов проведено 30 (38%) больным и ушивание паренхиматозных органов – 14 (17,7 %). Резекция части органа была выполнена 25 (31,4 %), резекция части полого органа (желудка, тонкой кишки) с наложением анастомозов “конец в конец”, “бок в бок” и “конец в бок” была выполнена 13 (16,2 %) пострадавшим.

Резекция части доли печени, хвоста или части тела селезёнки также была выполнена 12 (15,2 %) пострадавшим. Удаление паренхиматозного органа полностью было проведено 10 (12,6 %) пострадавшим. Это были пациенты с открытой или закрытой травмой селезёнки. Особо отметим, что 2 (2,5 %) пострадавшим мы выполнили аутотрансплантацию ткани селезёнки. Подчеркнём, что исход аутоспленотрансплантации зависит от размера и формы ткани селезёнки, мы использовали кусочки селезёнки размером 1,5 см x 1,5 см после трёхкратного промывания их в физрастворе при комнатной температуре, которые мы зашивали в “карман”, сформированный из большого сальника в левом углу поперечно-нисходящей толстой кишки.

У пострадавших, перенесших травму полых органов, объём острой кровопотери до 500 мл был у 20, от 500 до 1000 мл – 48 и более 1000 мл – 18 пациентов. При травме паренхиматозных органов у 4 человек объём кровопотери составлял до 500 мл, у 11 – от 500 до 1000 мл, и более 1000 мл – 3 пациентов. Всего острая кровопотеря у пострадавших с травмами полых и паренхиматозных органов до 500 мл была у 24, от 500 до 1000 мл – 34 и объём острой кровопотери более 1000 мл – 21 человек. Таким пострадавшим с травмами полых органов мы провели объём инфузионно-трансфузионной терапии до 500 мл – 12, от 500 до 1000 мл – 42 и более 1000 мл – 12 пациентам. Среди пострадавших, перенесших травму паренхиматозных органов, у 3 объём аутореинфузии был до 500 мл, у 11 – от 500 до 1000 мл и более 1000 мл – 4 больных. В своей работе мы всегда старались использовать аутокровь, находившуюся в брюшной полости. Показаниями для этого было отсутствие повреждений полых органов, гноя и загрязнений (содержимое желудка и тонкой кишки). Обычно это были пострадавшие с закрытой травмой живота. Кровь из брюшной полости мы отсасывали электроотсосом, профильтровывали через 10–12 слоёв марли, добавляли 10000 усл. ед. гепарина на 500 мл аутокрови и внутривенно

капельно или струйно переливали пострадавшему. Реинфузию аутокрови от 500 до 1000 мл при травме полых органов выполнили 4 и более 1000 мл – 2 пациентам. При повреждении паренхиматозных органов аутогемотрансфузия от 500 до 1000 мл была выполнена 6 и более 1000 мл – 2 пострадавшим. Из 79 прооперированных больных осложнения в послеоперационном периоде при травме полых органов были у 17 и при травме паренхиматозных органов – 16 больных. Посттравматическая пневмония наблюдалась у 7 пациентов, 6 – при повреждении полых и 1 – с травмой паренхиматозного органа. По клинко-лабораторным показаниям релапаротомию мы выполнили 7 больным: 3 – при травме полых и 4 – паренхиматозных органов. ДКН + эвентрация в послеоперационном периоде была у 4 при травме полых и у 5 – при травме паренхиматозных органов. Также после операции у 5 человек сформировался абсцесс в брюшной полости. Такое осложнение, как продолжающийся перитонит, было у 3 больных. Продолжающееся кровотечение в послеоперационном периоде наблюдалось в 2 случаях. Из 79 прооперированных больных 9 – летальных исходов, 4 – при травме полых органов и 5 – при травме паренхиматозных органов. Острая массивная кровопотеря явилась причиной летального исхода у 1 – при травме полых и у 2 – паренхиматозных органов. Продолжающийся перитонит наблюдали у 3 пострадавших. В 3 наблюдениях причиной гибели пострадавших были тяжёлый травматический шок + сочетанная травма.

Таким образом, в результате наблюдения 79 пострадавших с открытыми и закрытыми повреждениями полых и паренхиматозных органов хирургическое лечение было проведено всем пациентам. Основными клинко-прогностическими критериями и показаниями явились: анамнез со слов пострадавшего или врачей скорой помощи, жалобы, характер сознания, уровень АД сист., ЧСС на момент поступления, ЧДД, форма живота, характер перистальтики, отхождения газов и стула. Особое внимание при динамическом наблюдении мы уделяли показателям “красной крови”, результатам УЗИ и рентгенологического исследования. Всё это позволило выполнить операцию в течение 1–2 суток от момента поступления в клинику. И только

при двухфазном (субкапсулярном) разрыве селезёнки операция была проведена в течение 3 суток. Среди обследуемых больных острая кровопотеря чаще была при травме паренхиматозных органов. Объём инфузионно-трансфузионной терапии и аутогемотрансфузии у пострадавших с травмами полых и паренхиматозных органов был примерно одинаковым.

Литература

1. Алисов П.Г. Огнестрельные ранения живота // Вестник хирургии. – 1995. – №4–6. – С. 48–53.
2. Cierny M. Laparoscopy in abdominal injuries / J. Ochman, J. Vrstayak // Rozhl. V. Chir. – 1998. – Vol.77. – № 8. – P. 43–349.
3. Белокуров Ю.Н. Прогнозирование течения эндогенной интоксикации в неотложной хирургии // Вестник хирургии. – 1991. – № 5–6. – С. 3–7.
4. Ertel W. Significance of systemic inflammation in 1278 trauma patients. / M. Keel, D. Marty // Unfallchir. – 1998. – Bd. 101. – H.7. – S. 520–526.
5. Вагнер Е.А. Реинфузия крови / В.М. Тавровский, Я.А. Ортенберг. – М.: Медицина, 1977. – 92 с.
6. Волков О.В. Повреждение печени: Автореф... докт. мед. наук. – М., 1992. – 38 с.
7. Гершензон В.Ф. Тактика и лечение открытых травм живота и груди. // II съезд хирургов Кыргызстана: Тез. докл. – Бишкек, 1995. – С. 132–138.
8. Абакумов М.М. Лапароцентез и лапароскопия в диагностике повреждений органов брюшной полости у пострадавших сочетанной травмой / Е.С. Владимиров, К.Р. Джаграев // Хирургия. – 1991. – №12. – С. 12–16.
9. Дергунов А.В. О хирургической тактике при массовых травмах / М.М. Каратаев, И.А. Ашимов // Проблемы медицины катастроф: Сборник научных трудов. – Пермь, 1995. – Ч. 1. – С. 51–53.
10. Долинин В.А. Необратимость состояний при травмах и огнестрельных ранениях различной локализации // Вестник хирургии. – 1991. – №2. – С. 47–51.
11. Епифанов Е.С. Лечение повреждений селезёнки // Хирургия. – 1994. – №5. – С. 54–58.
12. Borlace B. The abdominal trauma index / E. Moore, F. Moore // J. Trauma. – 1990. – Vol. 30. – № 11. – P. 315–336.