

Иоскевич Н.Н.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Огнестрельные ранения брюшной полости представляют собой одну из сложнейших хирургических проблем. Одновременное наличие в брюшной полости хорошо кровоснабжаемых паренхиматозных органов, полых органов содержащих патогенную микрофлору, органов, секретирующих протеолитические ферменты, магистральных артериальных и венозных сосудов создает предпосылки для быстрой гибели пострадавших на этапах эвакуации с поля боя или развития тяжелого перитонита. Оказание хирургической помощи такой группе раненых требует выполнения разнообразных по объему вариантов хирургических вмешательств, комплексного их ведения в послеоперационном периоде

Цель исследования. Анализ результатов лечения ранений брюшной полости в условиях военно-полевого госпиталя в Республике Ангола в период проведения наступательной операции правительственных войск.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лично выполненных 264 операций в военно-полевом госпитале центрального фронта в период проведения наступательной операции правительственных войск Республики Ангола в 1999-2001 годах. Все раненые мужского пола. Их возраст колебался от 18 до 39 лет и в среднем составил $24,5 \pm 3,4$ года. Поступили в госпиталь до 1 часа с момента ранения - 17 человек, от 1 до 3 часов - 67, через 3 - 5 часов - 82, через 5 - 8 часов - 89, позже 8 часов - 9. Пулевые проникающие ранения были диагностированы в 211 случаях (изолированные в - 59, множественные - в 152), осколочные проникающие - в 53 (изолированные - в 32, множественные в - 21). Изолированные ранения (91) тонкого кишечника отмечены у 39 раненых; толстого кишечника - у 26; печени - у 14; селезенки - у 9; желудка - у 3. Множественные проникающие ранения (173) включали ранение тонкого и толстого кишечника (133); тонкого кишечника и печени (12); тонкого, толстого кишечника и печени (14); селезенки, толстого кишечника и желудка (9); желудка и поджелудочной железы (5). Диагностика характера ранений и его осложнений включала анализ результатов клинико-физикального обследования пациентов. Из лабораторных анализов крови выполнялось определение гемоглобина и эритроцитов крови. В виду сложностей с наличием крови и кровезаменителей основу инфузионной терапии составляли кристаллоидные растворы. Операции (лапаротомии) производились под эндотрахеальным наркозом.

Результаты. Очередность выполнения операций при поступлении группы раненых определялась их общим состоянием и характером ранения по результатам медицинской сортировки. Из 264 поступивших имели тяжелое

общее состояние 214 (81,1%) человек, крайне тяжело 21 (7,0%), средней степени тяжести - 31 (11,8%). На этапе эвакуации в военно-полевой госпиталь средним медперсоналом раненым в медицинском транспорте осуществлялось назогастральное дренирование, постановка мочевого катетера, налаживалось внутривенное введение кристаллоидов. Операции всем раненым с огнестрельными ранениями органов брюшной полости и последующее их лечение производились в данном госпитале. Эвакуация в другие госпитали не осуществлялась.

Объем выполняемого хирургического вмешательства определялся по результатам тщательной ревизии брюшной полости. Во время которой первоначально осуществлялась остановка внутрибрюшного кровотечения наложением зажимов на стенку полых органов или сосудистой ножки селезенки, края поврежденной поджелудочной железы, выполнением маневра Прингла или тампонированием глубокой раны печени. Далее производилась аспирация содержимого брюшной полости с ее первоначальной санацией кристаллоидами. Затем выполнялся основной этап операции.

При ранении тонкого кишечника выполнялись ушивание дефекта стенки кишки, резекция кишки в том числе на нескольких уровнях с анастомозом(ми). Обширные резекции тонкой кишки руководством госпиталя не рекомендовались. Как альтернатива им производились не протяженные резекции тонкой кишки на нескольких уровнях с наложением аппендикостомы.

При повреждении толстой кишки (ободочной) дефект(ы) кишки ушивался(лись) с наложением колостомы или илеостомы.

При ранении печени методом выбора было ушивание раны с предварительным ее тампонированием сальником. В 4 случаях использовался способ тугого тампонирования раны печени с ушиванием брюшной полости наглухо и последующей релапаротомией с окончательным гемостазом через 4-6 дней. У 3 раненых выполнялась атипичная краевая резекция печени.

Ранения стенки желудка ушивались.

При огнестрельном ранении поджелудочной железы (тело и хвост) производилась их резекция в сочетании со спленэктомией. Последняя операция была методом выбора при ранении селезенки, большинство из которых были малярийно изменены.

На заключительном этапе операции брюшная полость тщательно промывалась солевыми кристаллоидными растворами с добавлением препаратов йода. Дренирование брюшной полости в условиях жаркого климата не рекомендовалось. Обращала на себя внимание чрезвычайная эффективность проводимой в послеоперационном периоде антибактериальной терапии (гентамицин, цефалоспорин, метронидазол), так как около 90% раненых призванных на службу из центральных малодоступных районов страны антибактериальных препаратов ранее не принимали.

Выводы. Лечение огнестрельных ранений брюшной полости требует высококвалифицированного выполнения операции в большинстве случаев сразу на нескольких органах. Успех операции во многом зависит от умения хирурга определить очередность вмешательств.