

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Новиков С. В., Попков О. В., Гинюк В. А., Попков С. О.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Повреждения толстой кишки (ПТК) считаются одними из самых неблагоприятных травм и характеризуются большим числом осложнений и летальных исходов. В мирное время при закрытой травме живота ПТК встречается в 10,0–16,0 % случаев с тенденцией к неуклонному росту. Летальность при ПТК составляет от 2,0 до 44,0 %. До настоящего времени нет единого подхода к тактике лечения и четко разработанного алгоритма лечебно-диагностических мероприятий на госпитальном этапе при ПТК.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения ПТК и выработка наиболее рациональной тактики при наличии такого рода повреждений.

Материал и методы. В 3 ГКБ г. Минска с 2006 по 2015 г. находилось на лечении 107 травмированных с ПТК. Повреждения ободочной кишки наблюдались у 97, прямой — 10. Возраст пострадавших колебался от 23 до 80 лет, мужчин было 87, женщин — 20. Основную часть пострадавших (92,0 %) составили лица молодого и трудоспособного возраста. ПТК в результате проникающих колото-резаных ранений — 55 (57 %), закрытой травмы живота — 31 (32 %). Всем пострадавшим, в зависимости от характера травмы, тяжести состояния в условиях отделения реанимации или непосредственно в операционной наряду с реанимационными мероприятиями осуществлялось клинико-инструментальное обследование: УЗИ органов брюшной полости, лапароскопией, лапароскопия. Все пациенты оперированы в сроки от 30 минут до 2 часов от момента поступления в стационар.

Результаты и обсуждение. Ведущей в клинике закрытых и открытых ПТК в 65 % случаев являлась картина травматического и геморрагического шока. УЗИ ОБП и лапароскопия позволили диагностиро-

вать внутрибрюшные повреждения у подавляющего числа пациентов. Из 107 травмированных повреждения, проникающие в просвет кишки, отмечены у 86 (80 %), а ранения серозно-мышечного слоя – у 21 (21 %). Множественные проникающие повреждения толстой кишки обнаружены у 3 пострадавших (3 %). Повреждения слепой и восходящей кишки верифицированы у 18 человек (17 %), поперечной ободочной – у 44 (41 %), нисходящей – 27 (25 %), сигмовидной – 26 (10 %). 10 раненых (4,4 %) получили повреждения прямой кишки через промежность. Выбор варианта хирургического пособия при ПТК определяется тяжестью травмы, объемом кровопотери, локализацией повреждения, сроком от момента травмы, наличием или отсутствием гнойно-септических осложнений, тяжестью повреждений в других анатомических областях. Важнейшими из них является степень и характер повреждений толстой кишки, объем кровопотери, тяжесть повреждений других органов брюшной полости и внебрюшинных повреждений. Умерло 9 пострадавших (8,0 %). Причиной летальных исходов явился некупированный геморрагический шок с развитием полиорганной недостаточности и перитонит, развившийся из-за несостоятельности анастомоза.

Объем оперативного пособия:

- ушивание раны толстой кишки – 65;
- ушивание раны с экстраперитонизацией – 15;
- резекция толстой кишки с наложением анастомоза – 4;
- резекция толстой кишки по типу операции Гартмана – 20;
- одностольная колостома – 3.

Выводы. Выбор лечебной тактики при ПТК определяется тяжестью травмы, объемом кровопотери, локализацией повреждения, сроком с момента травмы. Рациональная хирургическая тактика с учетом патогенетических факторов самой травмы позволяет при ПТК получить вполне удовлетворительные результаты. При наличии распространенного перитонита независимо от размеров дефекта в толстой кишке операция должна заканчиваться наложением колостомы.