

Коновалов С.В., Синенченко Г.И., Кощев А.Г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. По материалам ограниченных военных конфликтов от 40 до 90% раненых с огнестрельными повреждениями толстой кишки нуждаются в наложении колостомы. При этом у каждого второго раненого после операции наблюдаются различные осложнения в области колостомы, которые требуют хирургической коррекции, удлиняют сроки лечения, а в некоторых случаях приводят к неблагоприятным исходам (Петров В.П. и соавт., 2001).

Цель исследования – обобщение опыта лечения огнестрельных ранений живота и таза.

Материалы и методы. В настоящей работе приводятся данные о лечении 92 раненых, поступивших на этап специализированной хирургической помощи в госпиталь I эшелона при проведении контртеррористической операции на Северном Кавказе. Огнестрельные ранения живота получили 73 пострадавших, огнестрельные ранения таза – 19. Множественные и сочетанные ранения составили 67,3%. По локализации повреждения первое место заняли ранения поперечной ободочной кишки, второе – прямой, третье – сигмовидной, затем – восходящей ободочной, нисходящей ободочной и слепой кишки.

Результаты исследования. Объём оперативных вмешательств зависел от многих факторов: состояния раненого, величины кровопотери и тяжести шока, локализации и обширности повреждения кишки, фазы перитонита, наличия сочетанных повреждений и др. 92 раненым выполнены 105 операций, которые завершились следующим образом: резекция повреждённого участка толстой кишки с формированием одноствольной терминальной колостомы (операция типа Гартмана) – у 20 пострадавших, выведение поврежденного участка кишки по типу двуствольной петлевой колостомы – у 16, ушивание раны толстой кишки с наложением проксимальной колостомы – у 15, хирургическая обработка кишечной раны с наложением двух-трехрядных швов – у 11, правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом – у 10, двуствольная петлевая сигмостомия с дренированием параректальной клетчатки – у 9, правосторонняя гемиколэктомия с формированием одноствольной терминальной илеостомы – у 5, экстраперитонизация ушитого участка толстой кишки – у 3, правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и одноствольной транс-

верзостомой – у 2, резекция толстой кишки с ушиванием проксимального и дистального концов кишки (хирургическая тактика “damage control” – “контроль повреждения”) – у одного раненого.

В раннем послеоперационном периоде у 18 стомированных больных (25,7%) развились осложнения, связанные с наложением кишечных стом. Околостомный дерматит развился у 5 пациентов с илеостомой и у 6 колостомированных больных. Частичное нагноение швов колостомы отмечено в 4-х случаях. Наиболее грозными осложнениями колостомии являлись частичный некроз терминальной одноствольной сигмостомы, ретракция колостомы с прогрессированием перитонита, острая кишечная непроходимость вследствие ущемления петли тонкой кишки между передне-боковой стенкой живота и выведенной сигмовидной кишкой. Последние два осложнения потребовали выполнения неотложных операций.

Выводы. Таким образом, по нашим данным, при огнестрельных ранениях живота и таза с повреждением толстой кишки у 76% раненых операции заканчиваются наложением илео- и колостом и экстраперитонизацией ушитой части толстой кишки. Ранние осложнения колостомии развиваются в 25% случаев.