

В.Н.Шиленок¹, Э.Я.Зельдин¹, Г.А.Стычевский¹, С.Ю.Шаталов²
**ПРОНИКАЮЩИЕ КОЛОТО-РЕЗАННЫЕ РАНЕНИЯ ЖИВОТА
В МИРНОЕ ВРЕМЯ**

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Витебска»²

Изложен опыт лечения 154 пострадавших с проникающими колото-резаными ранениями живота. Предложена классификация проникающих ранений живота. С целью диагностики проникающих в брюшную полость ранений поясничной области, боковых отделов живота, промежности использовали методику вульноскопии. Отмечена наибольшая частота повреждений печени и тонкой кишки. Изложен диагностический и тактический алгоритм, включающий необходимые исследования в сочетании с предоперационной подготовкой, первичную хирургическую обработку раны, лапаротомию, ревизию брюшной полости и устранение повреждений. Летальность при проникающих ранениях связана в основном с повреждением крупных сосудов и составила 1,3%.

Ключевые слова: проникающие ранения живота, диагностика, классификация ранений, хирургическая тактика.

V.Shilenok¹, E.Zeldin¹, G.Stychnevsky¹, S.Shatalov²

**THE PROBLEM OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PENETRATING STAB-
WOUNDS OF ABDOMEN IN PEACE TIME**

Presented the experience of treatment of 154 patients with penetrating stab wounds of abdomen. Suggested the classification of penetrating abdominal wounds. For the purpose of diagnostics of penetrating into the abdominal cavity injuries of lumbar region, lateral divisions of abdomen, perineum used the technique of Vulnoscopy. Presented the diagnostic and tactical algorithm, which includes the necessary minimum inspection with the preoperative preparation, primary surgical treatment of wound, laparotomy and the thorough revision of abdominal cavity. Lethality in penetrating injuries mainly due to the damage of large vessels and composed to 1,3%.

Key words: the penetrating injuries of abdomen, diagnostics, the classification of injuries, surgical tactics.

Ранения живота всегда представляли актуальную и сложную хирургическую проблему. Проникающие ранения живота с повреждением органов брюшной полости и забрюшинного пространства относятся к категории тяжелой травмы, которые представляют чрезвычайную опасность для жизни [5,6]. Это обстоятельство обусловлено достаточно высокой частотой повреждений, нередко множественными внутренними органами, обусловленными особенностями хода раневого канала [4]. Возможности лапароскопии в диагностике повреждений внутренних органов при проникающих ранениях живота оцениваются неоднозначно [2,3].

Целью работы явился анализ клинических исследований при ранениях живота, выбор рациональной хирургической тактики при диагностике и лечении пострадавших.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 154 пациента, получивших проникающие колото-резаные ранения брюшной полости, из них 131 (85%) мужчин и 23(15%) женщин. Возрастной состав пострадавших был следующий: до 21 года – 11, 21-30 лет – 75, 31-40 лет – 26, 41-50 лет – 32, 51-60 лет – 10. Максимум пострадавших в возрасте 20-50 лет-почти 90%.

Сроки поступления в стационар от 30 минут до 29 часов после получения травмы.

Подавляющее большинство пациентов находились в состоянии алкогольного опьянения, что в известной степени затрудняет диагностику.

Результаты и обсуждение

Неотложное оперативное вмешательство после минимального обследования и до хирургической обработки раны выполнили больным с признаками внутрибрюшинного кровотечения (6 раненых), перитонита (4), при наличии пролабирования в рану сальника или тонкой кишки (6), наличии свободного газа в брюшной полости (4). Неотложную операцию выполнили также у 6 пациентов при наличии в ране торчащего ранящего предмета (спицы, заточенный черенок столовой ложки, гвозди). Эти ранения были нанесены с целью членовредительства лицами, находящимися под стражей.

Для диагностики проникающего характера раны применяли обзорную рентгенографию грудной и брюшной областей, ультразвуковую диагностику. Следует отметить довольно низкую информативность обзорной рентгенографии брюшной полости в первые часы после травмы. При наличии ранения желудка, кишечника (32 исследования) только у 4 пострадавших выявлен газ в брюшной полости. Отмечается недостаточная информативность УЗИ, особенно первые часы после нанесения ранения (12 пациентов).

Лапароскопию для диагностики проникающих ран мы не использовали в связи с невозможностью тщательной ревизии брюшной полости. Аналогичные данные приводит А.Н.Смоляр с соавт. [3].

Как правило, окончательное решение о проникающем характере ранения выносили после первичной хирургической обработки и ревизии раны. В этом отношении диагностические трудности возникают при ранениях поясничной области и боковых отделов живота. Ранее мы использовали перитонеографию, описанную В.А.Долининым [1] в 1971 году. Однако, вследствие того, что раны в этих областях проходят через мышечный массив, имеют ступенчатый ход в ряде случаев мы получали ложноотрицательный результат.

Не каждую рану после её рассечения удается осмотреть до дна. С целью ревизии таких ран мы применили метод вальноскопии (осмотр раны) с использованием эндоскопической техники – взрослого или детского ректоскопа, колоноскопа, фиброколоноскопа – в зависимости от диаметра входного отверстия раны. В условиях операционной под контролем зрения раздувая тубус эндоскопа воздухом или стерильной жидкостью, удается осмотреть рану, имеющую извитой ход и найти слепо заканчивающееся дно раны или повреждение прилегающего к ране органа. При наличии сужения раневого канала проводили резиновый катетер или дренажную трубку через просвет тубуса ректоскопа или биопсийного канала и через них вводили под давлением рентгеноконтрастное вещество с последующей рентгенографией в двух проекциях или красящее вещество с последующей колоноскопией или катеризацией мочевого пузыря для диагностики внебрюшинных проникающих ранений толстой кишки и мочевого пузыря.

Показаниями для вальноскопии были длинный раневой ход после ножевых ранений в области малого таза, ягодиц и промежности (6 наблюдений), ранений поясничной области (3 наблюдения). В 8 наблюдениях проникающий характер ран был исключен. У одного пациента при ранении поясничной области проследить ход раневого канала не удалось, в связи с чем произведена лапаротомия, рана носила непроникающий характер.

В зависимости от характера ранений мы разделили наблюдаемых пациентов на 5 групп.

I. Без повреждения внутренних органов (n=47; 30,5%).

II. Изолированные ранения внутренних органов (n=75; 48,8%), в том числе ранения печени в 19 наблюдениях, тонкой кишки – 19, сальника и брыжейки – 17, желудка и толстой кишки по 8, селезенки – 2, почки – 1, диафрагмы – 1 наблюдение.

III. Множественные ранения брюшной полости (n=17; 11%).

Отмечались следующие сочетания: множественные ранения тощей кишки – 1, слепая кишка и множественные ранения тонкой – 1, нисходящая и тонкая кишка – 1, нисходящая и левая почка – 1, поперечно-ободочная + тощая + 12-перстная кишка – 1, печень и желчный пузырь – 3, печень + желудок + поджелудочная железа – 1, печень + желудок – 2, печень + диафрагма – 1, тонкая кишка и сальник – 1, желудок + брыжейка поперечно-ободочной кишки – 1, левая почка + поджелудочная железа + желудок + тонкая кишка – 1, левая почка + нисходящая кишка – 1, желудок + поджелудочная железа – 1.

Таким образом, при множественных повреждениях органов брюшной полости ранения печени наблюдали у 7, ранения поджелудочной железы у 3, ранения желудка у 5, желчного пузыря у 3, диафрагмы у 1, двенадцатиперстной кишки у 1, тонкой кишки (кроме двенадцатиперстной) у 5, толстой у 5, почки у 3 пострадавших.

IV. Ранения живота с повреждением крупных сосудов (n=7; 4,5%).

У 4 пациентов было ранение нижней полой вены (в сочетании с ранением желудка – 1; двенадцатиперстной кишки – 1;

правого изгиба толстой кишки, поджелудочной железы – 1; желудка и поджелудочной железы – 1). У одного пациента ранение воротной вены в сочетании с ранением желудка и поджелудочной железы, у одного – ранение верхней брыжеечной вены в сочетании с ранением желудка и двенадцатиперстной кишки, у одного пациента ранение общей подвздошной артерии справа и тонкой кишки.

V. Торако-абдоминальные проникающие ранения (n=8; 5,2%): легкие + диафрагма + сальник – 1, диафрагма + печень + желудок – 2, перикард + печень + малый сальник – 1, диафрагма – 1, диафрагма + желудок – 1, диафрагма + толстая кишка – 1, левое легкое + диафрагма + левая почка – 1.

Как видно, при всех проникающих ранениях брюшной полости чаще всего повреждается печень – 28 (18,2%) пострадавших. Из полых органов чаще повреждается тонкая кишка – у 24 (15,5%) раненых.

Повреждения органов забрюшинного пространства (почки, поджелудочная железа, крупные сосуды) отмечены у 14 (9%). Однако среди пострадавших с повреждениями внутренних органов (107 пациентов), из паренхиматозных органов чаще повреждается печень – 28 (26,1%), поджелудочная железа – 6 (5,6%), почки – 4 (3,7%), селезенка – 2 (1,8%) раненых. Из полых органов чаще повреждается тонкая кишка – 24 (22,4%), желудок – у 19 (17,7%), толстая кишка – у 15 (14%) раненых.

В первой группе пострадавших без повреждения внутренних органов производилась ревизия брюшной полости. Ревизию раны и лапаротомию производили под общим обезболиванием. Ревизируются все отделы и органы брюшной полости. При наличии ранений поясничной области мобилизовывали соответствующие отделы толстой кишки, двенадцатиперстной кишки. В случае обнаружения забрюшинной или тазовой гематомы обязательно её вскрытие и ревизия. Это позволило выявить ранение почек, подвздошной артерии, нижних эпигастральных артерий.

Послеоперационные осложнения отмечены у трех пациентов (распространенный перитонит – 1, истинная эвентрация – 1), потребовавшие повторного вмешательства. У одного развилась тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии. Летальности в этой группе пострадавших не было.

Во второй группе (изолированные ранения) производили ушивание ран желудка и кишечника. При ранениях печени накладывали шов, при слепых колотых ранах более 2 см дренировали раневой канал тонкой силиконовой трубкой для профилактики возникновения абсцесса печени на 2-3 суток. При ранениях селезенки в одном наблюдении произвели ушивание раны, у одного – остановка кровотечения электрокоагуляцией.

Осложнения отмечены у двух больных: травматический панкреатит (1), продолжающийся перитонит (1). Повторно оперирован один больной. Летальных исходов в этой группе также не было.

В третьей группе при множественных ранениях органов брюшной полости наиболее тяжело протекали ранения с повреждением поджелудочной железы. У пострадавших развивался травматический панкреатит, который требовал интенсивного консервативного лечения. При ранениях желчного пузыря производили холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду. При множественных близкорасположенных ранениях тонкой кишки у 2 пациентов выполняли резекцию.

У одного человека имело место сквозное ранение левой почки с повреждением почечных сосудов, в связи с чем произведена нефрэктомия. У этого же пациента послеоперационное течение осложнилось травматическим панкреатитом, панкреатическим и кишечным свищом, что потребовало длительного (53 койко-дня) лечения.

При ранениях почки, не проникающих в чашечно-лоханоч-

ную систему, производилось ушивание раны кетгутом. В этой группе летальных исходов не было.

Особенно серьезная ситуация возникает при ранении крупных сосудов. У четырех пациентов отмечалось ранение нижней поллой вены. Во всех наблюдениях ранение вены носило продольный характер. В одном наблюдении было два продольных ранения вены на расстоянии 3-4 мм друг от друга. Стенка вены между ранами была иссечена, вена ушита. Возникший в результате ушивания небольшой сегментарный стеноз в дальнейшем не повлиял на венозную гемодинамику нижних конечностей и тазовых органов.

При ранениях верхней брюшной вены (1 и воротной вены (1) операции сопровождалась обильным кровотечением. Оба пациента погибли в ближайшем послеоперационном периоде.

В пятой группе при сочетанных торако-абдоминальных ранениях у одного пациента с наличием проникающего ранения грудной клетки в «опасной зоне» с большим гемотораксом выполнена торакотомия слева, ушивание раны легкого, диафрагмы, затем лапаротомия.

У других пациентов преобладали симптомы поврежденный органов брюшной полости, в связи с чем вначале выполнялась лапаротомия с обязательной предварительным дренированием плевральной полости. В последующем у двух больных проведена торакотомия в связи с продолжающимся выделением крови по плевральному дренажу. У одного больного имело место ранение левого легкого, у другого повреждение межреберных сосудов.

У пятерых пострадавших с сочетанными торакоабдоминальными ранениями легкое и органы средостения не повреждены, плевральный дренаж удален на 2 - 3 сутки.

Из послеоперационных осложнений у одного пациента отмечалась тромбэмболия мелких ветвей легочной артерии.

Общая послеоперационная летальность 1,3%. Однако, если учитывать ранения с повреждением внутренних органов, то летальность составляет 1,9%.

Выводы

1. С целью диагностики проникающего характера колотых ран в сложных случаях эффективно проведение вультроноскопии.
2. При проникающих ранениях брюшной полости чаще всего поражается печень (26,1%). Из полых органов чаще повреждается тонкая кишка (22,4%).
3. При ранениях нижней поллой вены ушивание можно проводить по ходу раны в продольном направлении, не опасаясь сегментарного стенозирования вены.
4. При сочетанных торако-абдоминальных ранениях дренирование плевральной полости следует проводить до лапаротомии даже при небольшом гемопнеумотораксе, что способствует расправлению легкого и позволяет судить о наличии или отсутствии продолжающегося кровотечения.
5. Летальность при проникающих ранениях в основном связана с ранениями крупных сосудов.

Литература

1. Долгин В. А. Современные проблемы диагностики и лечения травм живота / В. А. Долгин // Вестник хирургии. 1971. С. 120 - 126.
2. Мухоморов В. А. Проникающие ранения живота / В. А. Мухоморов // материалы Междунар. 64-й науч. студенческой конф. им. Н.И. Пирогова, Томск, 2005. С. 38.
3. Смоляр, А. Н. Диагностика и лечение ранений живота с повреждением забрюшинных органов и структур / А. Н. Смоляр (и др.) // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2009. № 1. С. 8 - 13.
4. Чирнов, Р. Н. Диагностика и хирургическое лечение поврежденных печени / Р. Н. Чирнов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2006. № 4. С. 42 - 45.
5. Шапошников, Ю. Г. Повреждения живота / Ю. Г. Шапошников, Е. А. Решетников, Т. А. Михопулос. М.: «Медицина», 1976. 256 с.
6. Шай Моше. Здравоохранение в неотложной абдоминальной хирургии / Шай Моше; пер. с англ. М., 2003. С. 90 - 92.