УДК: 616-001.45-089:621.3

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА

Милица Н. Н., Солдусова В. В., Постоленко Н. Д., Милица К. Н., Ангеловский И. Н., Козлов В. Б.
ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины»

Проведено анализ результатов лечения 176 пострадавших с проникающими ранениями живота, которым применен оптимальный диагностический и лечебный алгоритм. Внедрение видеолапароскопии в лечение больных с проникающими ранениями живота дает основание утверждать, что лечебно-диагностическая тактика с использованием малоинвазивных методик оправдана и имеет перспективу для развития.

Ключевые слова: видеолапароскопия, ножевое ранение, пострадавшие, повреждения внутренних органов.

За последнее десятилетие значительно возросло количество и тяжесть травматических повреждений. По данным ВОЗ ежегодно в мире от травм погибает около 6 млн. человек. Повреждения живота составляют 1,5–36,5% от числа травм мирного времени, а их частота и тяжесть продолжают прогрессивно нарастать [1, 3, 6, 10].

Особое место занимают проникающие ранения живота, в основном ножевые колото-резаные ранения, наносимые в криминогенной и бытовой обстановке.

Значительное количество неудовлетворительных результатов лечения пострадавших с травмой органов брюшной полости связано с отсутствием единой обоснованной тактики оказания помощи этой группе больных. Поэтому, разработка оптимальных методов диагностики и лечения пострадавших в настоящее время имеет первостепенное значение.

А. С. Ермолов и соавт. [2] считают, что если в прежние годы чаще встречались закрытые повреждения органов брюшной полости, то в настоящее время на первое место выходят проникающие ранения живота.

Отмечен рост числа «эксплоративных лапаротомий», количество которых по нашим данным составляет 8%, а по данным литературы достигает 50% и более [2, 4, 6, 10]. Общепринято, что проникающие в брюшную полость ранения являются показанием к экстренной лапаротомии, так как исключить повреждение внутренних органов невозможно [3, 5, 6, 9].

Однако в 30–55 (13%) наблюдений хирург убеждается в отсутствии травмы внутренних органов, требующих хирургической коррекции [4, 7, 8, 10]. Выполнение «напрасной» лапаротомии значительно отягощает состояние пострадавших, особенно при сочетанной патологии.

Необходимо учитывать, что больные с проникающими ранениями живота поступают не только в крупные городские клиники, но и в небольшие хирургические отделения районных и даже участковых больниц. Поэтому для широкого круга практических хирургов важно иметь более четкие представления о характере проникающих ранений живота и об основных принципах хирургической тактики.

Именно поэтому, проблема лечения пациентов с данной патологией вновь и вновь привлекает внимание хирургов, а важнейшим направлением улучшения медицинской помощи при травме живота является замена «эксплоративных лапаротомий» диагностической видеолапароскопией. Подтверждением этому является отсутствие среди авторов многочисленных публикаций единства взглядов по наиболее важным вопросам хирургической тактики при проникающих ранениях живота.

Цель работы. Улучшить результаты диагностики и лечения больных с ножевыми ранениями живота.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения 176 больных с проникающими ножевыми ранениями живота в период с 2005 по 2010 годы. Среди них: мужчин – 139 (78,9%), женщин – 37 (21,1%). Подавляющее большинство пострадавших составляют мужчины молодого и среднего возраста от 19 до 44 лет – 115 (82,7%) пациентов. Сроки поступления в стационар колебались от 1 до 18 часов, хотя в течение первого часа после ранения доставлены 76% пострадавших.

Все ранения носили колото-резаный характер и были нанесены чаще всего ножом. Поскольку наружная рана часто не отражает тяжести повреждения внутренних органов, то эти обстоятельства требуют учета при оценке осо-

бенностей ранения.

Лечебно-диагностический алгоритм проводимых мероприятий при проникающих ранениях живота определяется исходной тяжестью состояния раненых, которое оценивалось по шкале APACHE II.

Из-за наличия у 152 (86,4%) пострадавших алкогольного опьянения различной степени тяжести, дежурные хирурги не всегда могут объективно оценить тяжесть общего состояния. Это позволило выделить условно 2 группы пациентов:

1 группа – 41 (23,3%) пострадавший с геморрагическим шоком II–IV степени после госпитализации в клинику сразу же транспортировался в операционную, для выполнения оперативного вмешательства и реанимационных мероприятий;

2 группа – 135 (76,7%), пациентов со среднетяжелым и тяжелым состоянием, которым неотложные диагностические мероприятия осуществляли в следующей последовательности: лабораторные экспресс-анализы, обзорные рентгеноскопические исследования живота и груди, УЗИ органов брюшной полости, ПХО раны, лапароскопия (по показаниям – торакоскопия), диагностическая лапаротомия.

У 52 (29,5%) больных клинические признаки повреждения внутренних органов отсутствовали, но при первичной хирургической обработке раны был установлен проникающий характер ранения живота, что требовало решения вопроса о выборе дальнейшей лечебной тактики, объема оперативного вмешательства (лапаротомия с ревизией органов брюшной полости или выполнение ПХО ран с последующим динамическим наблюдением за состоянием больных).

До 2005 года у всех пациентов с проникающими ранениями живота выполнялась срединная лапаротомия с тщательной ревизией органов брюшной полости. Поскольку у пострадавших в дальнейшем в 11,3% случаях не было обнаружено никаких повреждений внутренних органов, такая хирургическая тактика была признана не обоснованной.

Поэтому в последующие годы у больных с проникающими ранениями живота стали применять видеолапароскопическую диагностику, что позволило в 11 (6,3%) наблюдениях предотвратить выполнение эксплоративной лапаротомии. В 3 случаях лапароскопия сочеталась с торакоскопией (табл.1).

У 135 (76,7%) пострадавших повреждения внутренних органов или отсутствовали, или носили одиночный изолированный характер. Пациенты поступали в стационар в ранние сроки после травмы в состоянии средней тяжести. Им своевременно выполнены оперативные вмешательства с благоприятным исходом. Летальности в этой группе не было.

У 8 пациентов проведена хирургическая коррекция травмы с использованием видеолапароскопической техники: при повреждении печени в 5 случаях, при касательном ранении сальника – 3. Проведена коагуляция места ранения с получением стойкого гемостаза, брюшная полость дренировалась. В дальнейшем осложнений не отмечено.

Тяжелые множественные повреждения внутренних органов живота и груди (при торакоабдоминальных ранениях) имели место у 41 (23,3%) пациента. Причем у половины из них отмечались ранения крупных сосудов, что приводило к массивным кровопотерям с развитием геморрагического шока. Так, у 5 (12,2%) больных кровопотеря составляла от 1 до 1,5 л (1270±50), а у 3 (7,3%) – от 2,5 до 3 л (2710±70).

Особую опасность представляли ранения воротной вены, брыжеечных сосудов, крупных сосудов большого сальника. К редким, но исключительно опасным, следует отнести повреждения двенадцатиперстной кишки, особенно ее задней стенки, поджелудочной железы, зоны ворот печени.

Результаты и их обсуждение

Результаты лечения больных с множественными повреждениями оказались весьма неутешительными: умерло 5 больных, летальность составила 12,2%.

Анализ летальности убедительно свидетельствует о первостепенном значении двух ведущих причин, приводящих к гибели больных:

первая – ранение крупных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства, массивная кровопотеря, геморрагический шок;

вторая – гнойные осложнения в результате ранения полых органов (перитонит, сепсис).

Наибольшую опасность представляют ранения крупных сосудов, они имели место у 3 (60,0%) из 5 умерших. Данные литературы свидетельствуют о еще более высоких цифрах летальности (31,5%) при ранениях крупных сосудов [10].

Гнойные осложнения, возникающие в результате ранения полых органов, отмечены у 2 (40,0%) из 5 умерших, то есть наблюдались в 1,5 раза реже, чем кровотечения из просвета поврежденных крупных сосудов. Смерть больных наступила из-за интраоперационно нераспознанных ранений толстой кишки.

Научный и клинический интерес представляют отдаленные результаты лечения пострадавших с проникающими ранениями живота. В ближайшем послеоперационном периоде у 7 (17,1%) пациентов из 2 группы развились различные осложнения, приведшие к релапаротомиям, из них 2 – умерло.

Наиболее частой причиной релапаротомий

Таблица 1

Локализация повреждений при проникающих ранениях живота

Локализация ранения	Пол		Абсолютное число (относит.)
	Мужчины	Женщины	
Без повреждения внутренних органов	8	3	11 (6,3%)
Ранение сальника (касательное)	27	7	34 (19,3%)
Ранение брыжейки	23	5	28 (15,9%)
Ранение печени (касательное)	28	3	31 (17,6%)
Ранение желудка	7	2	9 (5,2%)
Ранение толстой кишки	10	4	14 (7,9%)
Ранение мочевого пузыря (касательное)	4	1	5 (2,8%)
Ранение легкого	3	0	3 (1,7%)
ВСЕГО:	110	25	135

были перитониты (4 случая). У 2 больных показанием к релапаротомии явилась прогрессирующая кишечная непроходимость (летальных исходов не было). По поводу внутрибрюшного кровотечения повторно оперирован 1 больной.

Опыт лапароскопических вмешательств дает основание утверждать, что их применение является рациональным. С нашей точки зрения широкое внедрение лапароскопической технологии позволяет предупредить выполнение ненужных лапаротомий у значительного числа пострадавших, улучшить результаты лечения и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Выводы

1. В алгоритм обследования пациентов с проникающими ранениями живота, находящихся в среднетяжелом состоянии, следует включить УЗИ и видеолапароскопию, которая в определенных случаях может помочь избежать напрасной лапаротомии или стать лечебно-диагностической.

2. Больные с проникающими ножевыми ранениями и наличием признаков повреждения крупных кровеносных сосудов, и проявлениями геморрагического шока должны оперироваться по экстренным показаниям.

Литература

1. Абакумов М. М. Актуальные вопросы неотложной хирургии. – М. – 1994. – 123 с.
2. Видеолапароскопия при закрытой травме живота. // Эндоскопическая хирургия. – 2006. № 2. – С. 36–37. (соавторы: Самсонов В. Т., Карабонович В. Б.).
3. Видеолапароскопия в ургентной абдоминальной хирургии // 12-ый Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. Москва, 23–25 апреля 2008. Сборник тезисов. С. 491–493. (соавторы: Благовестнов Д. А., Левитский В. Д.)
4. Возможности эндохирургии в диагностике и лечении сочетанной травмы // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Тезисы докладов II конгресса московских хирургов. Москва, 17–18 мая 2007 г. – М.: ГЕОС, 2007.– С. 9–10. (соавторы: Абакумов М. М., Жестков К. Г., Пахомова Г. В., Барский Б. В.)
5. Войновский А. Е. Лечебно-диагностическая тактика при ранениях брюшной полости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. – 2002; 25 с.
6. Галили О., Сайфан И. Лапароскопия в диагностике тупых и проникающих травм живота // Международный медицинский журнал. – 1998. – № 2. – С. 157–162.
7. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии // Хирургия . – 2007. – № 7. – С. 57–59. (соавторы: Ермолов А. С., Гришин А. В.).
8. Сравнительный анализ результатов видеолапароскопических и традиционных вмешательств при травме живота // Эндоскопическая хирургия . – 2007. – 2 . – С. 125–126. (соавторы: Ермолов А. С., Левитский В. Д.)
9. Усольцев Ю. К., Апарцин К. А., Зайцев А. П. и др. Перспективы снижения летальности у пострадавших с торакоабдоминальными ранениями. Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии». Ростов-на-Дону, 5–7 октября 2005 г. (Сборник трудов). Ростов-на-Дону 2005; 38.

ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПРОНИКАЮЧИХ ПОРАНЕНЬ ЖИВОТА

Милиця М. М., Солдусова В. В., постоленко М. Д., Милиця К. М., Ангеловський І. М., Козлов В. Б.
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»

Проведено аналіз результатів лікування 176 постраждалих з проникаючими пораненнями живота, що дозволило обрати оптимальний діагностичний і лікувальний алгоритм. Застосування відеолапароскопії в лікування хворих з проникаючими пораненнями живота дає підставу стверджувати, що лікувально-діагностична тактика із застосуванням мініінвазивних методик виправдана і має перспективу розвитку.

Ключові слова: відеолапароскопія, ножове поранення, постраждалі, ушкодження внутрішніх органів.

PPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE PENETRATING INJURIES OF STOMACH

Militsa N. N., Soldusova V. V., Postolenko N. D., Militsa K. N., Angelovskiy I. N., Kozlov V. B.
State Institute «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine»

Is carried out the analysis of the results of treating 176 victims with the penetrating injuries of stomach, which made it possible to select optimum diagnostic and therapeutic algorithms.

Use of videolaparoskopii in the treatment of patients with the penetrating injuries of stomach gives grounds to assert that the diagnostic and treating tactics with the application of minioperation procedures is justified and has a prospect for development.

Keywords: videolaparoskopiya, knife injury, that suffered, the damage of internal organs.