

ХІРУРГІЧНІ ХВОРОБИ

ТРАВМАТОЛОГІЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Воронич М. В. , Шеремет П. Ф. , Криванич Д. В.

Травматичні пошкодження на сьогоднішній день досягли великих масштабів і зберігають тенденцію до постійного наростання [1, 3, 4, 5]. За даними ВОЗ, смертність від травм знаходиться на 3 місці після серцево-судинних та онкологічних захворювань. Найбільше число летальних випадків пов'язано з автотранспортним (50%) та побутовим (20%) травматизмом і може бути порівняним з людськими втратами в часи військових конфліктів [5]. Особливістю сучасного травматизму є поєднані та множинні ураження, що супроводжуються критичними розладами діяльності життєво важливих органів. Пацієнти з багатьма ушкодженнями – не абиякий виклик медицині, бо їх виживання залежить не лише від компетентних заходів на місці нещасних випадків, але і від обережного перевезення, вмілої реанімації та відповідних хірургічних заходів [1]. В загальній структурі пошкоджень мирного часу на долю травм живота припадає 5%, а при множинних пошкодженнях 25-29%. Летальність в групі ізольованих пошкоджень живота становить 5-7%, при поєднаних та множинних травмах вона досягає 20-30% [5].

РЕЗУЛЬТАТИ

В клініці факультетської хірургії Ужгородського державного університету з 1990 року знаходилося на лікуванні 213 хворих з ушкодженнями органів черевної порожнини. Серед потерпілих переважали особи чоловічої статі у віці до 40 років (63%). Непроникаючі поразення органів черевної порожнини мали місце у 108 хворих, проникаючі поразення отримали 105 хворих. Множинні та поєднані пошкодження мали місце у 43 потерпілих. Серед травм органів черевної порожнини частіше всього зустрічалися ураження тонкої кишки (59%), селезінки (42), печінки (36), товстої кишки (22), великого сальника та брижі кишківника (24), підшлункової залози (9), дванадцятипалої кишки (7). Найбільш поширеними оперативними втручаннями при пошкодженні різних відділів кишківника та печінки було зшивання органу. Лише в 11 випадках множинного ураження кишківника та відриву брижі. 3 випадках пошкодження товстої кишки, 3 випадках розчавленої травми печінки, 2 випадках травми підшлункової залози виконувалася резекція пошкодженої частини органу. При розриві селезінки всім хворим проводилася спленектомія. Двом хворим з позаочеревним розривом дванадцятипалої кишки (ДПК) виконано відновлюючі операції. 2 хворим з пошкодженням жовчного міхура – холецистектомію. При кровотечі з судин брижі кишківника або сальника кровоточиву судину прошивали і перев'язували. У 2 випадках поранення прямої кишки рану останньої зашивали та накладали кінцеву сигмастому. Летальність після оперативних втручань з приводу ушкоджень органів черевної порожнини становила 11, 7%.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Незважаючи на різноманітність сил, що ушкоджують тіло під час травми, всі пошкодження органів живота поділяються на непроникаючі та проникаючі. Перші характерні для мирного часу і зустрічаються за даними літератури, в два рази частіше, ніж відкриті [3]. Однак, наші дані свідчать про зростання проникаючих поранень, які по частоті зрівнялися з непроникаючими. Всі ці ушкодження були отримані в результаті насильства між окремими особами, або при здійсненні терористичних актів. Основна маса ран мала колото-різаний характер від ударів ножом та гострими предметами. Такі поранення завжди обмежені шляхом проникнення і довжиною зброї. В зв'язку з погіршенням криміногенних обставин почастишали випадки вогнепальних поранень, де ушкодження мають розсіяний характер та прямопропорційні розміру, а найважливіше, швидкості кулі. В основному це поранення з автоматичної зброї (АК-74, калібр кулі 5, 45мм), де куля за рахунок конструктивних особливостей починає "спотикатися" в тканинах, визиваючи їх масивне пошкодження на певній віддалі від вхідного отвору [2]. При цьому поранення сідниць, промежини, паху, боку, грудної клітки можуть поширюватися у живіт і завдавати органам ушкодження як прямого характеру, так і рваного – через зрізуючі сили раптового розтягнення [1].

Основною причиною непроникаючих поранень органів живота були дорожно-транспортні пригоди (ДТП), падіння з висоти, прямі удари в живіт при заняттях спортом, в побуті. В таких випадках ушкодження є наслідком дії сил форсованого стиснення, значної інерції, бокового зміщення, до яких найбільш чутливі

паренхіматозні органи та розтягнуті порожнинні органи. Ці сили передусім діють на органи, що прилягають до задньої стінки живота і по серединній лінії, біля хребта. Селезінка та печінка відносно захищені ребрами, але прямий удар може спричинити перелом ребер і розрив цих органів. Різка одномоментне підвищення тиску в просвіті порожнистих органів супроводжується розривом їх стінки. Та найчастіше рветься кишка під дією інерційних сил на з'єднанні нерухомої та рухомої частини, між ДПК і тонкою кишкою або на ілеоцикальному з'єднанні. При автокатастрофах, падіннях з висоти дія сил на тіло людини має багатокомпонентний характер, що призводить до виникнення важких множинних та поєднаних уражень, шокowego стану і потребує екстренної медичної допомоги.

При поєднаних ураженнях нерідко доводиться вирішувати питання про черговість декількох невідкладних оперативних втручань. До таких ситуацій відносимо проникаючі поранення та закриті пошкодження живота в поєднанні з: а) відкритими травмами головного мозку або наростаючою внутрішньочерепною компресією, б) пораненням серця, магістральних судин, в) значним пошкодженням повітряних шляхів, легень з наростаючим пневмотораксисом. Ці випадки потребують синхронного втручання, відновлення функції дихання, що обмежується дренажуванням плевральної порожнини. В той же час, на фоні стабільних функціональних показників роботи життєво важливих органів, абдомінальні пошкодження мають перевагу над пошкодженнями черепа, грудної клітки, травмами інших локалізацій.

Пріоритет у лікувальних закладах на догоспітальному періоді має негайне вирішення всіх проблем, що становлять безпосередню загрозу життю. Це, як правило, забезпечення вільного доступу повітря та зупинка зовнішньої кровотечі. Паралельно з реанімаційними заходами іде обстеження потерпілого з оцінкою його стану. Всі ушкодження оцінюються з точки зору невідкладного лікування, і якщо ознаки масивної кровотечі не вимагають негайної операції, то можна виконати рентгенологічне обстеження грудної клітки та живота. У випадку закритих травм органів черевної порожнини високу інформативність дає лапароцентез троакаром з блукаючим катетером та лапароскопія. Використання цього методу в поєднанні з загальноклінічним обстеженням дозволяє значно зменшити час обстеження, уникнути помилок у діагностиці і своєчасно виконати оперативне втручання. Аспірація з черевної порожнини крові, повітря, кишкового вмісту, жовчі, сечі свідчить про пошкодження органів, а це потребує екстреної лапаротомії.

Лапаротомія абсолютно показана при проникаючих пораненнях, тупій абдомінальній травмі з ознаками внутрішньої кровотечі та перитонеальними проявами, при непоясненому клінічному погіршенні у хворого з мінімальним черевним анамнезом, ознаками. Якщо цілісність органів черевної порожнини під сумнівом, то краще оперувати, ніж чекати подальшого клінічного погіршення.

Перше, з чим зустрічається хірург після широкої серединної лапаротомії, це великий об'єм виявленої крові та продовження кровотечі. У випадку критичного порушення гемодинаміки та загрози серцевої зупинки показана тимчасова компресія аорти рукою нижче діафрагми. Евакуацію крові з черевної порожнини проводимо електровідсмоктувачем, що под'єднаний до стерильної банки з розчином цитрату або гепарину. Реінфузію отриманої крові починаємо тільки після завершення повної ревізії черевної порожнини. Найчастіше джерелом кровотечі є розриви паренхіматозних органів (селезінка, печінка, підшлункова залоза) та судин брижі кишківника.

При розриві селезінки тимчасова зупинка кровотечі здійснюється перетисканням судин воріт селезінки, а кінцева - через силенектомію.

Поверхневі та лінійні пошкодження печінки, що супроводжуються незначною кровотечею – до 500 Омм, не потребують попередньої зупинки кровотечі. Основним оперативним втручанням в цих випадках є кінцева зупинка кровотечі первинним зашиванням. У випадку розчавленого поранення печінки тимчасова зупинка кровотечі здійснюється перетисканням гепатодуоденальної зв'язки. В подальшому виконується резекція печінки з перев'язкою і прошиванням сигматарних та міждольвих судин, жовчовивідних шляхів. Оголена частина печінки прикривається пучком великого сальника на ніжці. При репризах діафрагмальної та нижньодорзальної поверхні печінки і відсутності значних пошкоджень паренхіми та внутріорганих судин виконується гепатопексія, а до області рани в ізолювану порожнину піддіафрагмального простору вводиться дренаж.

Основна задача екстреного оперативного втручання при пошкодженні підшлункової залози полягає в зупинці кровотечі, попередженні розвитку важкого панкреонекрозу і збереженні функції органу. Повністю оглянути залозу можна лише після розсічення шлунково-поперечноободочної зв'язки і мобілізації ДПК за Кохером. Операція зводиться до зупинки кровотечі прошиванням та перев'язкою судин. Провідне значення у виборі методу втручання на самій залозі має розмір пошкодження та розпізнавання цілості головного панкреатичного протоку. Розриви залози без пошкодження протоки зашиваємо, а сальникову сумку та місце ураження дренажуємо. Масивне пошкодження залози та її протоки в області тіла, хвоста вимагає резекції дистальної частини з перев'язкою протоки. У випадку пошкодження головки залози разом з протокою накладаємо панкреатодуоденоанестомоз з розгрузкою жовчових ходів дренажем Кера, дренажуванням

сальникової сумки і позаочеревного простору. Дренажі виводимо в задньо-бокових ділянках і під'єднуємо до проточно-промивної системи на протязі 3-5 днів.

Пошкодження жовчового міхура та елементів гепатодуоденальної зв'язки виявляється за наявністю в черевній порожнині жовчі та проникненні її в гепатодуоденальну зв'язку і позаочеревний відділ навколо ДПК. Об'єм операції включає холецистектомію та зашивання місця ушкодження холедуха на дренажі Кера.

Пошкодження брижі кишківника – один з видів травми, котрий супроводжуються як масивною внутрічеревною кровотечею, так і ішемічним розладом в стінці кишки, пов'язаним з розривом судини або її тромбозом. Оперативне втручання полягає у видаленні гематоми, перев'язці судин, зашиванні дефекту брижі. При сумніві в життєздатності кишки показана її резекція в межах здорових тканин. Порушення цілості порожнистих органів супроводжується виходом їх вмісту у вільну черевну порожнину, інфікуванням її та розвитком перитоніту. В цьому випадку оперативному втручання передують ретельна ревізія порожнистих органів, починаючи з кардіального відділу стравоходу. При пошкодженнях шлунку виникає необхідність у ревізії задньої стінки, що стає можливим після розсічення шлунковопоперечноободочної зв'язки. Рани шлунку зашиваються двохранним швом. Значні пошкодження та їх множинний характер вимагають типової резекції органу в межах здорових тканин.

На вибір типу операції при ушкодженні ДПК впливає локалізація та розмір травматичного дефекту. Так, незначні рани проксимального відділу підлягають зашиванню двохранним швом в поперечному напрямі. При значних дефектах верхнього відділу ДПК виконується його резекція разом з атральним відділом шлунку, неперервність відновлюється гастроентероанастомозом. Позаочеревні та дистальні пошкодження ДПК вимагають мобілізації кишки за Кохером. Звичайне зашивання ран цих відділів, як правило, закінчується недостатністю швів та утворенням нориці в поєднанні з розлитим перитонітом, що не залишає шансу на одужання. Тому ми на місці ушкодження виконуємо дуоденоентероанастомоз способом "бік в бік" і тим самим окутуємо пошкоджений позаочеревинний відділ стінкою тонкою кишки, покритою очеревиною.

Ушкодження тонкої кишки найчистіше виникають в місцях анатомічної фіксації проксимального та дистального відділів в місцях прикріплення злук. Колото-ножові поранення можливі на всьому протязі, тому для виявлення ушкодження оглядають весь кишківник від тройцевої зв'язки до ілеоцикального кута. Невеликі рани зашивають двохранним швом. Резекція сегмента тонкої кишки виконується при пошкодженнях великих розмірів, множинних ураженнях на протязі обмеженого відрізка, обширних і інтрамуральних гематомах, відривах брижі від кишки та у випадках сумнівної життєздатності її стінки. Втручання закінчується ентеро-ентероанастомозом "бік в бік", "кінець в кінець" та інтенсивною інтубацією зондом на всьому протязі.

Поранення та розриви товстої кишки потребують особливого підходу до вибору методу оперативного втручання. Останнє залежить від характеру та локалізації пошкодження, часу, що пройшов від моменту травм, розвитку перитоніту, загального стану хворого. Нашивання рани виконують при колото-різаних ушкодженнях невеликих розмірів (2 см) з малим строком від моменту поранення при відсутності перитоніту. Обширні розриви та пошкодження правої половини товстої кишки вимагали правобічної геміколектомії з ілео-трансверзоанастомозом. При таких же пошкодженнях, але лівих відділів товстої кишки виконують її резекцію з виведенням проксимальної колостоми і заглушкою дистальної частини. Значне забруднення черевної порожнини, важкий стан хворого, поєднаний характер травми змушують хірурга виконувати мінімальне втручання – виводити обидва кінці видаленої кишки у вигляді колостоми. Поранення прямої кишки вимагають обов'язкового накладання кінцевої сигостоми, зашивання дистальних відділів та закриття рани двохранним швом з обов'язковим дренажуванням ретро-перитонеального простору.

ВИСНОВКИ

За останні роки спостерігається наростання випадків ушкоджень органів черевної порожнини за рахунок збільшення випадків проникаючих уражень, дорожно-транспортних пригод. Значно зросла кількість множинних та поєднаних травм, отриманих в автокатастрофах, при падінні з висоти, нанесених колючими предметами та вогнепальною зброєю. З метою своєчасної діагностики пошкоджень органів живота рекомендуємо широке застосування троакарного лапароцентезу блукаючим катетером. Рання діагностика порушення цілості паренхіматозних та порожнинних органів дозволяє виконувати оптимальні оперативні втручання в кожному конкретному випадку, що означає значно нижчу післяопераційну летальність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Форест А.П., Каргер Д.С., Маклед І.Д. Хірургія. Основи та практика. Київ. 1994 р. , 342 с.
2. Гуманенко Е.К., Самохвалов И. М. "Огнестрельные ранения, как проблема современной хирургии повреждений." Вестник хирургии №5. 1997г. , с. 92-98.

3. Козлов И. З., Горшков С. З., Повреждения живота. Москва, 1988г., 224 с.
4. Романенко А.Е. Закрытые повреждения живота. Киев, 1978г. , 336 с.
5. Цибуляк Г.Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений. Санкт-Петербург, 1995 г. , 432 с.

SUMMARY

ABDOMINAL CAVITY ORGANS TRAUMATIC INJURIES

Voronich M.V., Sheremet P.F., Krivanich D.V.

The issue gives the surgical treatment analysis of 213 patients with injuries of the abdominal cavity organs. In the trials the increase of penetrating wounds as well as closed multiple and combined lesions of the inner organs is shown. The most frequent causes for the injuries were: automobile traumatism, falling from height, stab and fire-arm wounds. Troacar laparocentesis with a wandering catheter is recommended for timely and correct inner organs' injuries diagnostics. Main surgery methods: bleeding arrest, damaged tissue removal and restoring of organs completeness.