



С. Б. Пеев

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В.Т. Зайцева НАМН
Украины», г. Харьков

© Пеев С. Б.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ СО МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Резюме. В работе представлены разработанные способы ранней диагностики осложнений в послеоперационном периоде у 262 пострадавших со множественной травмой желудочно-кишечного тракта, которые находились на лечении в ГУ «Институте общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины».

Ключевые слова: множественная травма, перитонит, диагностическая лапароскопия, желудочно-кишечный тракт.

Введение

В последние десятилетия в 2,5 раза увеличилось количество пострадавших со множественной травмой органов брюшной полости в сравнении с предыдущим периодом [1, 2, 3, 4, 5]. Наряду с этим увеличилось количество осложнений и летальности (с 6,5 до 12,5 %) в послеоперационном периоде [2, 3]. Одной из причин увеличения смертности у этой категории пострадавших является несвоевременная диагностика осложнений в послеоперационном периоде, число которых достигает 23,2 % [2, 3, 4].

Цель исследования

Разработка способов ранней диагностики послеоперационных осложнений у пострадавших со множественной травмой желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследований

В ГУ «Института общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» за период 2000–2013 гг. находились на лечении 262 пострадавших со множественной травмой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Из них у 16 пострадавших в послеоперационном периоде наблюдались осложнения, составившие 6,1 %. Все пациенты были разделены на три группы:

I группа (контрольная) — 246 пострадавших с сочетанной травмой ЖКТ, у которых в послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось;

II группа (сравнения) — 8 пострадавших с наличием осложнений в послеоперационном периоде. Им проведены исследования по выявлению ранних симптомов указывающие на развитие осложнений со стороны ЖКТ;

III группа (основная) — 8 пострадавших при выявлении ранних симптомов выполнялась программированная лапаротомия или диагностическая лапароскопия.

В представленных группах большинство пострадавших (55 %) получила умышленную травму, 26,7 % пострадавших — бытовую травму, нанесение травмы с целью суицидальной попытки было отмечено у 18,3 % пострадавших. По характеру ранящего предмета на первом месте — колото-резаные раны 61,9 %, на втором месте закрытая травма 32,4 % и на третьем месте огнестрельная или минно-взрывная травма 5,7 %. По количеству открытых ран на передней брюшной стенке мы разделяли одиночные раны 50,3 %, две раны 38,4% и множественные раны 11,3 %.

Основное количество пострадавших было доставлено до 1 часа с момента получения травмы 89 %, от 1 до 2 часов — 7,2 % пострадавших, от 2 до 6 часов — 2,3 % пострадавших и свыше 6 часов — 1,5 % пострадавших. При поступлении состояние раненого оценивалось, как крайне тяжелое у 65,6 % пострадавших, тяжелое у 17,6 % пострадавших и средней тяжести у 16,8 % пострадавших.

Все пострадавшие были urgently оперированы, во время операции гемоперитонием I-й степени выявлен у 13% раненых, II степени — 21,4 % раненых и III степени — 65,6 % раненых.

Во время операции множественное повреждение желудочно-кишечного тракта с паренхиматозными органами было отмечено у 60 (23 %) пациентов. Сочетанное повреждение ЖКТ и печени диагностировано у 107 (66,5 %) человек, повреждение селезенки — 54 (33,5 %) человек. Объем оперативного лечения всем раненым был направлен на устранение тех повреждений органов брюшной полости, которые были выявлены, причем ушивание ран ЖКТ было выполнено у 182 пациентов, резекция сегмента тонкой кишки — у 38 пациентов и резекция толстой кишки — у 42 пациентов. При повреждении печени, ушивание раны печени выполнено у 48 пациентов, резекция сегмента печени у 30 пациентов, атипичская резекция печени у 29 пациентов. При поврежде-



нии селезенки ушивание раны с аппликацией гемостатической губкой выполнено у 19 пациентов, ушивание раны с подшиванием пряди большого сальника у 17 пациентов, спленэктомия выполнена у 18 пациентов.

В послеоперационном периоде всем пострадавшим проводился контроль клинического анализа крови на 1-е; 3-е-5-е; 7-е-8-е и 10-е-11-е сутки послеоперационного периода. У 86 пациентов I группы и у всей III группы выполнялась интубация тонкой кишки специально разработанным интубационным зондом, при помощи которого помимо декомпрессии выполнялось регистрация внутрикишечного давления (ВКД) с параллельным измерением внутрибрюшного давления (ВБД). Измерение внутрикишечного давления выполнялось при помощи анализатора моторной активности «Ягуар» НПО «Сатурн».

Результаты исследований и их обсуждение

Осложнения, которые наблюдались в послеоперационном у пациентов II группы распределились следующим образом; несостоятельность швов наблюдалась у 3 человек, при чем несостоятельность тонкокишечной пластики — у 1 человека, толстокишечной пластики — у 2 человек; продолжающийся перитонит на фоне состоятельности кишечных швов — у 2 человек; у 2 человек при сочетанном повреждении ЖКТ и поджелудочной железы в послеоперационном периоде развился острый деструктивный панкреатит; ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 1 человека. Во время анализа осложнений у пострадавших II группы хочется отметить, что несостоятельность швов наложенных во время пластики возникли у пациентов с кровопотерей II и III степени, а количество ран в ЖКТ выявленных вовремя операции, варьировало от трех до семи. Причем раны располагались как рядом, так и в разных сегментах как тонкого, так и толстого кишечника.

Проводя анализ причин вовремя нераспознанных гнойно-септических осложнений со стороны органов брюшной полости в послеоперационном периоде, особо уделялось внимание показателям лейкоцитарной формулы, особенно выраженность нейтрофильного сдвига.

Наряду с этим в I и III группах изучалась динамика изменений внутрикишечного и внутрибрюшного давления. Внутрикишечное давление, как было написано выше измерялось при помощи разработанного нами 4-х просветного интубационного зонда, где три канала использовали для измерения внутрикишечного давления, а четвертый канал использовался для декомпрессии или для энтерального зондового питания. При чем измерительные бал-

лоны располагались так, чтобы первый баллон находился в терминальном отделе тонкой кишки, второй баллон располагался в среднем отделе тонкой кишки и третий баллон в начальном отделе сразу за связкой Трейца.

Пациентам II группы выставлялись показания к релапаротомии только когда появлялись перитониальные симптомы или когда по дренажам из брюшной полости начало выделяться кишечное отделяемое. У пострадавших II группы местный был выявлен только у 1 человека, у остальных перитонит был диффузный или распространенный. Объем оперативного лечения во время повторной операции у пострадавших II группы заключался в ушивании дефекта несостоятельности наложенных ранее швов на рану ЖКТ с последующей интубацией кишечника, санацией и дренированием брюшной полости. После повторной операции у пациентов II группы осложнения наблюдались у 5 человек (несостоятельность — 3; общие гнойно-септические осложнения — 1; пневмония — 1), послеоперационная летальность составила 1,1 %. Основной причиной смерти была полиорганная недостаточность. На основании проведенного анализа неблагоприятных результатов лечения у этой группы пострадавших был разработан диагностический и лечебный алгоритм ведения пациентов I и III группы.

Пострадавшим III группы и у 86 пострадавших I группы наряду с исследованием показателей ИС было выполнено измерение внутрикишечного и внутрибрюшного давления. Динамика изменений ИС в III группе аналогична как в группе II. При изучении динамики ВКД и ВБД в III группе отмечался параллельный рост ВКД (с 5,5 до 15 мм рт. ст) и ВБД (с 1,5 до 14 мм рт. ст.), в тоже время в I группе отмечались стабильные показатели ВКД ((5,5±0,2) мм рт. ст.) и ВБД ((1,8 ± 0,2) мм рт. ст.).

У 109 пациентов I группы и всем пациентам III группы проводился мониторинг отделяемого по дренажам из брюшной полости, как в количественном, так и в качественном (микроскопия и биохимическое исследование) составе. Так у пострадавших I группы в первые двое суток объем по дренажам из брюшной полости не превышал 200 мл в сутки серозного или серозно-геморрагического отделяемого, в последующие сутки отмечается снижение объема на 25 мл/сут. По количественному составу отделяемого у этой группы хочется отметить сохраняющиеся лейкоцитоз ((10-12)±2,5) × 10⁹/л до 3-х суток послеоперационного периода с последующем резким снижением до ((4-5)±2) × 10⁹/л. В тоже время в III группе дебит отделяемого из брюшной полости сохранялся высоким и удерживался 250–300 мл/сут., а у 3 пострадавших этой же группы имелась тен-



денция к увеличению дебита по дренажам из брюшной полости на 25 мл/сут после 3-х суток послеоперационного периода. При объективном осмотре у этой группы пациентов, отмечалась болезненность живота по флангам, четко выявить перитониальные симптомы на фоне введения анальгетиков не представлялось возможным. Поэтому учитывая клинко-лабораторно-инструментальные данные выполняли видеоскопический контроль за состоянием органов брюшной полости через контраппертуру. Во время выполнения видеоскопического контроля оценивался характер отделяемого, наличие налета фибрина в зоне ушивания раны и явных признаков дефекта в зоне пластики ушитой раны ЖКТ. Исходя из полученных данных видеоскопического контроля за состоянием ЖКТ пострадавшим I группы были сняты показания к релапаротомии, в тоже время пострадавшим III группы были выставлены показания к релапаротомии, причем у 4 пациентов во время релапаротомии отсутствовали признаки перитонита, а у остальных пациентов перитонит был местный. При несостоятельности наложенных ранее швов на ЖКТ, мы полностью иссекали зону пластики отступая от нее на 0,2 см с последующим ушиванием дефекта узловыми внутрипросветными швами. Далее обязательно выполняли декомпрессию вновь воссозданной пластики путем введение зонда трансназально или через цекостому если дефект располагался ближе к илеоцекальному углу. Применяя предложенную тактику прогнозирования и лечения послеоперационных осложнений у пострадавших III

группы несостоятельности швов воссозданной вновь пластики мы не наблюдали ни у одного пациента. В послеоперационном периоде умер один пациент от острой сердечено-сосудистой недостаточности, общие гнойно-септические осложнения мы наблюдали у 2 пациентов (послеоперационная пневмония в 1 случае и нагноение послеоперационной раны в 1 случае). Исходя из полученных результатов прогнозирования и лечения послеоперационных осложнений у пострадавших со множественной травмой желудочно-кишечного тракта можно сделать следующие выводы.

Выводы

1. Нарушение целостности наложенной ранее кишечной пластики у пострадавших со множественной травмой ЖКТ сопровождается параллельным ростом внутрикишечного и внутрибрюшного давления.

2. Риск возникновения несостоятельности швов ушитой раны на ЖКТ выше у пострадавших со множественной травмой органов брюшной полости и гемоперитонием II и III ст.

3. Объем оперативного вмешательства при несостоятельности наложенных ранее швов на рану ЖКТ должен включать; воссоздание заново зоны пластики с обязательной декомпрессией желудочно-кишечного тракта.

4. Разработанная тактика контроля за состоянием органов брюшной полости в послеоперационном периоде позволила у пациентов III группы снизить послеоперационную летальность на 0,7 %, а осложнения на 1,2 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритм действий при сочетанной травме с повреждением внутренних органов / А. С. Балалыкин, А. Н. Алимов, Ю. В. Отлыгин [и др.] // Материалы выездного пленума РАЭХ, г. Барнаул, май 2002 г. — Барнаул, 2002. — С. 56-58.

2. Андрищенко В. П. Програмована і вимушена релапаротомія у невідкладній абдомінальній хірургії / В. П. Андрищенко // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 1. — С. 137-140.

4. Бойко В. В. Нові підходи до хірургічного лікування пошкоджень органів черевної порожнини потерпілих з домінуючою абдомінальною травмою / В. В. Бой-

ко, В. П. Польовий // Перспективні розробки науки і техніки — 2005 : матеріали II Міжнар. наук.-практ. конференції, м. Дніпропетровськ, 21–29 листопада 2005 р. — Прага-Дніпропетровськ, 2005. — С. 19-20.

3. Бойко В. В. Запобігання неспроможності швів дванадцятипалої кишки при її травматичних пошкодженнях / В. В. Бойко, В. П. Польовий // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 1. — С. 13-15.

5. Standard examination system for laparoscopy in penetrating abdominal trauma / N. T. Kawahara, C. Alster, I. Fujimura [et al.] // The Journal of trauma. — 2009. — Vol. 67, № 3. — P. 589–595.



ПРОГНОЗУВАННЯ
УСКЛАДНЕНЬ У
ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНОЮ
ТРАВМОЮ ШЛУНКОВО-
КИШКОВОГО ТРАКТУ
У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ
ПЕРІОДІ

С.Б. Пеев

PREDICTION OF
POSTOPERATIVE
COMPLICATIONS
IN PATIENTS WITH
MULTIPLE TRAUMA OF
GASTROINTESTINAL TRACT

S. B. Pev

Резюме. У роботі розроблені способи ранньої діагностики ускладнень у післяопераційному періоді у 262 потерпілих з поєднаної травмою шлунково-кишкового тракту, які перебували на лікуванні в ДУ «Інституте загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева АМН України».

Ключові слова: *поєднана травма, перитоніт, діагностична лапароскопія, шлунково-кишковий тракт.*

Summary. The paper presents the developed methods of early diagnosis of complications in the postoperative period in 262 victims with multiple trauma of gastrointestinal tract, which were treated at the GU «Institute of General and Emergency Surgery named after V. T. Zaitsev NAMN of Ukraine»

Key words: *heavy trauma, peritonitis, diagnostic laparoscopy, digestive tract.*