

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОГЕННОГО МАТЕРИАЛА ПРИ УШИВАНИИ ТОНКОЙ КИШКИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Волков О. Е.

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Распространенность повреждений тонкой кишки в структуре как закрытой, так и открытой травмы живота достигает 16,3%. Для повышения надежности кишечного шва предложено большое количество способов его герметизации.

Цель: оценить эффективность применения оригинальной разработанной методики с использованием криоконсервированной амниотической мембраны при ушивании разрыва тонкой кишки (II степени по OIS) при тяжелых сочетанных повреждениях.

Материал и методы исследования. Клинические исследования выполнены в условиях травматологического отделения № 1 (сочетанных повреждений) УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска. Исследования были одобрены Этическим комитетом УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска. 20 пациентов оперированы традиционным способом (А группа). Разработанный метод был применен у 21 пациента (В группа). Критерии включения: пациенты с тяжелой сочетанной травмой живота и повреждением тонкой кишки типа II, балл по ISS 25-35, поступление в стационар не позднее 2-х часов от момента получения травмы, кровопотеря, требующая гемотрансфузионной терапии, отсутствие суб- и декомпенсированных хронических заболеваний. Определены следующие критерии исключения: ушиб сердца, черепно-мозговая травма средней или тяжелой степени тяжести, переломы позвоночника со стенозом спинномозгового канала, повреждением спинного мозга, требующие оперативного лечения переломы позвоночника, открытые переломы опорно-двигательного аппарата, переломы костей таза с нарушением стабильности тазового кольца, окончательные переломы ребер, разрывы легкого,

множественные повреждения тонкой кишки, повреждения толстой кишки, желудка, мочевого пузыря, жёлчного пузыря, повреждения поджелудочной железы, остановка эффективной сердечной деятельности и реанимационные мероприятия в течение первых 24 часов.

Результаты. У пострадавших обеих групп закрытая травма живота с повреждением кишки чаще всего сочеталась с повреждениями опорно-двигательного аппарата (100%), черепно-мозговой травмой (92,6%), травмой грудной клетки (87,8 %), переломами таза (14,6%).

У пациентов исследуемых групп концентрация С-реактивного белка (CRP) к концу первых суток лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии составила 45 (28; 54) мг/мл и 47 (39; 58) мг/мл, и статистически не различалась между собой. Далее его уровень статистически достоверно увеличивался до 112 (79; 126) мг/мл и 102 (88; 111) мг/мл на третьи сутки после травмы. На пятые сутки отмечено статистически достоверное снижение CRP в обеих группах – до 79 (50; 102) мг/мл и 68 (56; 98) мг/л. На седьмые сутки отмечен повторный статистически достоверный рост CRP до 110 (84; 127) мг/мл и 113 (84; 121), что обусловлено, по нашему мнению, выполнением отсроченных операций остеосинтеза.

Несостоятельность кишечного шва не выявлена ни у кого из пациентов обеих групп. Наиболее частые осложнения – пневмония и инфицирование ран. У одного пациента группы А и у одного пациента группы В рентгенологически подтверждена правосторонняя пневмония, у остальных пострадавших выявлена двусторонняя пневмония. Частота развития пневмонии была выше в 2 раза в группе А по сравнению с группой В.

Частота развития инфекций мочевыводящих путей была выше в группе А по сравнению с группой В и составила 15 и 9,5%, соответственно. Высокая частота подобных осложнений, по нашему мнению, может быть связана с более длительным стоянием уретрального катетера у пациентов с переломами бедра.

Инфекции мягких тканей чаще развивались в группе А. У трех пациентов выявлено нагноение места проведения спиц для скелетного вытяжения, у трех пациентов – места постановки

плевральных дренажей, у одного пациента - нагноение лапаротомной раны.

Летальности в обеих группах не наблюдалось. Сроки лечения в отделении интенсивной терапии и реанимации были больше в группе А, чем в группе В, но статистически достоверно не различались и составили 6 (3; 9) и 5 (3; 8), соответственно. Сроки лечения в стационаре были меньше в группе А, но статистически достоверных различий не было выявлено – 24 (18; 33) и 22 (17; 33) сут., соответственно.

Выводы. Пациенты с тяжелой сочетанной закрытой травмой живота с повреждением кишки являются разнородной группой пациентов, трудно поддающихся анализу. Наиболее часто тяжелая закрытая травма живота с повреждением кишки сочетается с черепно-мозговой травмой, гемо- и пневмотораксом, переломами длинных трубчатых костей. С-реактивный белок является показательным маркером воспаления, увеличивающимся как при травме, так и в ответ на хирургическую агрессию. Применение эвертированного механического шва, дополненного криоконсервированной амниотической мембраной, может снижать частоту развития септических осложнений в раннем послеоперационном периоде, сокращает сроки лечения пациентов в отделении интенсивной терапии и стационаре в целом.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ-ВЕЙССА

Дешук А. Н., Мармыш Г. Г., Колешко С. В., Шевчук Д. А.*,
Цилиндзь И. И.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

*УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта остаются одной из наиболее актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии в Республике