

Klinika Traumatologiczna. Instytut Chirurgii. Akademia Medyczna w Lublinie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. Tadeusz Jastrzębski

Tadeusz JASTRZĘBSKI, Marian OPOLSKI,
Stefan ŁĄCZEK, Jan PODLEWSKI,
Adam BOROWICZ

Doraźne operacje w urazowych uszkodzeniach narządów jamy brzusznej i następowe powikłania

**Неотложные операции при травматических повреждениях органов живота
и последующие осложнения**

**First-aid Operations in Post-traumatic Injuries of the Abdominal Viscera and their
Subsequent Complications**

Urazy jamy brzusznej stanowią z punktu widzenia chirurgicznego dość złożony problem na wszystkich etapach leczenia. Występują tu zarówno trudności diagnostyczne, operacyjne jak również w prowadzeniu pooperacyjnym chorych (4). Dużego doświadczenia wymaga ocena rodzaju i ciężkości uszkodzenia śródbrzusznego oraz podjęcie decyzji co do sposobu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego (1, 3, 6). Specjalnego traktowania wymagają chorzy z urazami wielonarządowymi, gdzie zasadnicze znaczenie ma ustalenie kolejności zaopatrywania uszkodzeń poszczególnych narządów (5). Wszystkie wymienione czynniki są odpowiedzialne za wysoki odsetek powikłań oraz dużą śmiertelność w tej grupie chorych (2, 7).

W Klinice Traumatologicznej Instytutu Chirurgii AM w Lublinie wykonano w okresie ostatnich 5 lat (1973—1977) 60 operacji z powodu urazowych uszkodzeń narządów jamy brzusznej. W tej liczbie 57 zabiegów wykonano doraźnie u chorych przyjętych w czasie ostrego dyżuru. W trzech przypadkach operacje wykonano w kilka dni po przyjęciu i były to relaparatomie. Wśród chorych operowanych doraźnie było 48 mężczyzn i 9 kobiet. Rozpiętość wieku wahała się w granicach 16—81 lat. U 41 chorych (72%) przyczyną obrażeń był tępy uraz brzucha. Rany przenikające, w tym również postrzałowe, obserwowaliśmy u 16 chorych (28%).

W następstwie urazu obrażeniom ulegały różne narządy jamy brzusznej. Częstość uszkodzeń poszczególnych narządów zestawiono w tab. 1. Najczęściej ulegały uszkodzeniu w kolejności: śledziona (11), jelito cienkie (9), wątroba (7), jelito grube i nerka (5). Uszkodzenia innych narządów występowały sporadycznie. U czterech chorych stwierdziliśmy uszkodzenia wielonarządowe.

Tabela 1

Uszkodzone narządy	Rodzaj urazu	
	tępy	przenikający
Wątroba	5	2
Śledziona	11	—
Trzustka	1	2
Jelito cienkie	8	1
Jelito grube	4	2
Nerka	5	—
Pęcherzyk żółciowy	—	1
Sieć większa	—	2
Pęcherz moczowy	1	—
Przepona z powstaniem przepukliny	2	—
Powłoki	—	6
Liczne narządy	4	—

W przebiegu pooperacyjnym powikłania wystąpiły u 27 chorych, co stanowi 44%. U chorych po tępych urazach brzucha powikłania występowały częściej (55,5%) niż po operacjach z powodu przenikających urazów brzucha (21%). Powikłania w pierwszej grupie chorych miały charakter poważniejszy. W tej grupie też notowaliśmy zgony (7 chorych). Ogólna śmiertelność wynosiła 12%. Przyczyną zgonu w pięciu przypadkach były zmiany narządowe w następstwie wstrząsu urazowego i septycznego, w jednym ostra niewydolność nerek i w jednym zator tętnicy płucnej.

Rodzaje operacji i powikłania zestawiono w tab. 2. Podczas operacji z powodu urazowych uszkodzeń narządów jamy brzusznej wykonane było najczęściej zeszcycie uszkodzonego narządu i drenaż jamy otrzewnej (30 przypadków), a otwarcie jamy brzusznej z drenażem wykonano w 14 przypadkach. Często też zachodziła konieczność usunięcia całego narządu (12 przypadków), wśród których przeważającą część stanowiły uszkodzenia śledziony. Z zanotowanych powikłań najczęściej zdarzały się infekcje w ranie (11 przypadków) i zapalenia otrzewnej (6 przypadków). Niedrożność mechaniczna wystąpiła w 4 przypadkach, rzadziej, bo dwukrotnie wytrzewienie i odcinkowa martwica jelita oraz w jednym przypadku przetoka trzustkowa i w jednym — kałowa. Na specjalną

Tabela 2

Uszkodzone narządy	Rodzaj operacji						Powikłania				
	Liczba chorych	laparatomia (drenaż)	zeszytie + (drenaż)	resekcja + zespolenie	usunięcie narządu	infekcja w ranie	ewentracja	zapalenie otrzewnej	częściowa martwica jelita	przetoka	niedrożność mechaniczna
Wątroba	7		7			2		2			
Śledziona	11				11	2					1
Trzustka	3		2	1		1			1		1
Jelito cienkie	9	2	7			3	1	1	1		1
Jelito grube	6	1	5			1				1	1
Nerka	5	4	1								
Pęcherzyk żółciowy	1				1			1			
Przepona	2		2			1					
Krezka	3	2	1			1	1		1		1
Pęcherz moczowy	1		1								
Liczne narządy	4		4					2			
Powłoki	5	5									
Razem	57	14	30	1	12	11	2	6	2	2	4

uwagę zasługują chorzy z uszkodzeniami krezki jelita cienkiego i grubego. U nich z reguły występowały trudne do przewidzenia powikłania, które najlepiej zilustruje krótki opis trzech tego rodzaju chorych.

1. K. S., lat 32, nr historii choroby 317/76, doznał tępego urazu brzucha. W czasie pierwszego zabiegu stwierdzono dużą ilość krwi w jamie otrzewnej, rozległy krwiak u podstawy krezki jelita cienkiego, stłuczenie ściany i krwiak krezki poprzeczniczy oraz rozerwanie krezki jelita cienkiego w kilku miejscach. Zeszyto uszkodzenia krezki i zdrenowano jamę otrzewną. W piątym dniu po zabiegu nastąpiło wytrzewienie. Powłoki wtórnie zeszyto. Po 8 dniach wystąpiły objawy wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego, której przyczyną był pierwotny krwiak krezki uciskający dwunastnicę. Podczas trzeciej operacji ewakuowano krwiak i resekowano część martwiczej pętli jelita czczego. Po trzech tygodniach chory został wypisany do domu w stanie dobrym.

2. W. Cz., lat 23, nr historii choroby 358/72, spadł ze schodów uderzając brzuchem o poręcz. Przyjęty i operowany następnego dnia po urazie. W czasie zabiegu stwierdzono rozległy krwiak krezki i ściany poprzeczniczy, obejmujący również trzustkę. Wykonano blokadę nowokainową krezki oraz drenaż jamy otrzewnej i torby sieciowej. W przebiegu pooperacyjnym powstała zewnętrzna przetoka trzustkowa, z powodu której był ponownie operowany z dobrym wynikiem.

3. R. W., lat 62, nr historii choroby 484/76, jadąc nocą rowerem uderzony został w okolicę prawego łuku żebrowego dyszlem wozu konnego. W czasie zabiegu stwierdzono uszkodzenie pęcherzyka żółciowego, pęknięcie wątroby i krwiak śródścienny poprzeczniczy. Pęcherzyk usunięto, wątrobę zeszyto, jamę otrzewną zdrenowano. W przebiegu pooperacyjnym powstało rozlane zapalenie otrzewnej, którego przyczyną była martwica ściany poprzeczniczy.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że po urazach jamy brzusznej, powodujących uszkodzenia narządów i przeprowadzanych z tego powodu operacjach, występują bardzo różne i dość częste powikłania. Nie są one jednak na ogół groźne i można je opanować odpowiednim leczeniem zachowawczym lub powtórzną operacją. Szczególnie niebezpieczne są uszkodzenia krezki jelita cienkiego i grubego. W tych przypadkach występowały zawsze duże trudności diagnostyczne i operacyjne jak również poważne następowe powikłania.

PIŚMIENNICTWO

1. Harrison R. C., Debas H. T.: Surg. Clin. N. Amer. 52, 635—649, 1972.
2. Jesipowicz M. i wsp.: Pamiętnik XLVI Zjazdu Chirurgów Polskich w Lublinie. Lublin 1974, 297—300.
3. Lim R. C. i wsp.: Am. J. Surg. 132, 156—162, 1976.
4. Mathewson C.: Surg. Clin. N. Am. 52, 531—537, 1972.
5. Nielubowicz J. i wsp.: Pamiętnik XLVI Zjazdu Chirurgów Polskich w Lublinie 2, 755—756, 1974.
6. Orloff M. J., Charters G.: Surg. Clin. N. Am. 52, 729—734, 1972.
7. Wajda Z. i wsp.: Pamiętnik XLVI Zjazdu Chirurgów Polskich w Lublinie Lublin 1974, 453—457.

Otrzymano 26 IV 1979.

РЕЗЮМЕ

На основе анализа 57 больных оперированных из-за травматического повреждения органов живота, авторы обратили внимание на большие диагностические и операционные трудности и на последующие осложнения. Замеченные осложнения выступали в следующей очередности: инфекция постоперационной раны, диффузный перитонит, механическая непроходимость, парциальный некроз кишки, эвентрация, свищ поджелудочной железы. Эти осложнения не были грозные и можно было лечить их консервативно или второй операцией.

SUMMARY

The investigations carried out on 57 patients with post-traumatic injuries of the abdominal viscera demonstrated significant diagnostic difficulties and frequent occurrence of operative and post-operative complications. The following complications were successively found: infection of an operative wound, diffused peritonitis, mechanical ileus, partial intestinal necrosis, eventration and the pancreatic fistula in one case. These complications were not fatal and their management was achieved by non-operative or subsequent operative treatment.