



А. І. Рилов, О. Д. Найдъонов,
В. В. Нікітін, М. Б. Данилюк

КУ «МКЛЕ та ШМД
м. Запоріжжя»

© Колектив авторів

ВІДКРИТІ ПОШКОДЖЕННЯ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ У ПОЄДНАННІ З ТРАВМОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ І ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. Роботу присвячено опису клінічних випадків поєданого пошкодження нижньої порожнистої вени з пошкодженням дванадцятипалої кишки і підшлункової залози.

На базі КУ «МКЛЕ та ШМД м. Запоріжжя» проведено лікування 27 пацієнтів із пошкодженням нижньої порожнистої вени, дванадцятипалої кишки та підшлункової залози. Із проникаючим ножовим пораненням передньої черевної стінки доставлено 21 (77,8 %) хворого, 6 (22,2 %) хворих — із вогнепальним пораненням. Усі пацієнти були розділені на дві групи. Перша група включала 15 пацієнтів (55,6 %) в яких переважала клініка кровотечі та геморагічного шоку. До другої групи віднесено 12 пацієнтів (44,4 %) із переважанням клініки перитоніту.

Усі пацієнти прооперовані в ургентному порядку. Під час оперативного втручання поранення супраренального відділу нижньої порожнистої вени виявлено у 2 (7,4 %) пацієнтів, поранення реального відділу — 3 (11,1 %) пацієнти, поранення інфраренального відділу — у 21 пацієнта (77,8 %). У одного пацієнта (3,7 %) виявлено поранення гілок нижньої порожнистої вени.

Дефект дванадцятипалої кишки до S окружності стінки виявлено у 22 пацієнтів (81,5 %), більше половини кишки — у 5 (18,5 %). Поранення підшлункової залози виявлено у 8 хворих (29,6 %).

Летальність у післяопераційному періоді становила 40,7 % (11 пацієнтів). Повторне оперативне лікування виконано 10 (37 %) пацієнтів, післяопераційні ускладнення, у вигляді неспроможності швів кишки, гострого панкреатиту і розвитку нориць, склали 63 %.

Ключові слова: *нижня порожниста вена, дванадцятипала кишка, травма, кровотеча, гематома.*

Вступ

Пошкодження магістральних судин за черевної травми відноситься до категорії найскладніших, в тому числі і пошкодження нижньої порожнистої вени [1, 2, 5]. Наступні зустрічаються в 0,4–5 % випадків проникаючих поранень черевної порожнини. Поєднання поранення нижньої порожнистої вени, дванадцятипалої кишки та підшлункової залози зустрічається у хірургічній практиці як поодинокі випадки, і складає 0,1–2 % від усіх випадків поранень підшлункової залози за проникаючого пошкодження черевної порожнини 3,5–5 % [4].

Летальність при пошкодженні над- і ретропечінкового відділу нижньої порожнистої вени становить 100 %, супраренального і ренального — 60,6 %, інфраренального — 30,6 %, [3]. Летальність при травмі дванадцятипалої кишки становить 11,8–65,5 %, поєднання даної травми із пошкодженням підшлунковою залози підвищує летальні випадки до 86 % [3,6].

Актуальність даної теми залишається на високому рівні, так як перед хірургами постає

питання вибору тактики лікуванні даного виду травми.

Мета роботи

Проаналізувати тактику та оперативні методи лікування при поєданому пошкодженні магістральних судин, дванадцятипалої кишки та підшлункової залози.

Матеріали та методи досліджень

За період з 2008 по 2013 роки в КУ «МКЛЕ та ШМД м. Запоріжжя» було проведено лікування 27 хворих, із них 21 хворого (77,8 %) було доставлено із проникаючим ножовим пораненням передньої черевної стінки, 6 хворих (22,2 %) із вогнепальним пораненням передньої черевної стінки. Серед постраждалих: 22 — чоловіки (81,5 %), 5 — жінок (18,5 %). Середній вік пацієнтів становить 32 ± 4 роки. У 18 (66,7 %) пацієнтів виявлено пошкодження нижньої порожнистої вени і дванадцятипалої кишки, у 9 пацієнтів виявлено пошкодження нижньої порожнистої вени у поєднанні з по-



шкодженню дванадцятипалої кишки та підшлункової залози. Поранення супраренального відділу нижньої порожнистої вени виявлено у 2 пацієнтів (7,4 %), поранення ренального відділу – 3 пацієнтів (11,1 %), поранення інфраренального відділу у 21 пацієнта (77,8 %), у одного пацієнта виявлено поранення гілок нижньої порожнистої вени в місці відходження їх від вени (3,7 %).

У перші 6 годин від моменту нанесення травми доставлено 19 пацієнтів (70,3 %), 8 пацієнтів (29,7 %), доставлені у клініку впродовж (12 ± 4) години з моменту нанесення травми.

Усі пацієнти були розділені на дві групи. У залежності від переважання клініки пошкодження. До першої групи було віднесено 15 (55,6 %) пацієнтів із переважанням клініки кровотечі та геморагічного шоку, вона склала, до другої групи віднесено 12 (44,4 %) пацієнтів із переважанням клініки перитоніту і інтоксикації, вона вмістила.

Результати досліджень та їх обговорення

Усі пацієнти були доставлені швидкою медичною допомогою і прооперовані в ургентному порядку. Враховуючи тяжкість стану хворих інструментальні методи обстеження не проводились, об'ємом передопераційного обстеження був забір загального і біохімічного аналізу крові, визначення об'єму циркулюючої крові і її дефіциту за допомогою формули Мура, контроль діурезу.

Передопераційна підготовка проводилась лікарями анестезіологами на операційному столі. Пацієнтам першої групи вона була направлена на заміщення об'єму циркулюючої крові та стабілізації стану та зниження симптомів геморагічного шоку. Проводилась постановка двох периферичних та одного центрального венозних катетерів. Виконували інфузією кристалоїдних і колоїдних розчинів, еритроцитарної маси і свіжозамороженої плазми. Передопераційна підготовка пацієнтів другої групи полягала у дезінтоксикаційній терапії шляхом інфузії колоїдних та кристалоїдних розчинів.

Усім пацієнтам провели оперативне лікування під внутрішньовенною анестезією та штучною вентиляцією легень.

Після проведення верхньосередньої лапаротомії виконували ревізію органів черевної порожнини. Виконана мобілізація дванадцятипалої кишки по Кохеру–Клермону, розкриття сальникової сумки. Наявність дефекту дванадцятипалої кишки до S окружності стінки виявлено у 22 пацієнтів (81,5 %), пошкодження більше S окружності стінки виявлено нами у 5 пацієнтів (18,5 %). При проведенні подальшої ревізії у 26 пацієнтів виявлено поширену заочеревинну гематому. Проведено розкриття гематоми

шляхом розтинання парієтальної очеревини й оголення нижньої порожнистої вени й аорти. При цьому лише у 9 пацієнтів (33,3 %) було зафіксовано кровотечу, що триває (об'єм гемоперитонеума при цьому становив від 500 до 3000 мл), а у 18 пацієнтів (66,7 %) було виявлено тампонаду поранення нижньої порожнистої вени згустком крові або передлежачим органом, або гематомою. Кровотеча відновлювалася у момент розкриття гематоми, при розсіканні парієтальної очеревини. Поранення супраренального відділу нижньої порожнистої вени виявлено у 2 пацієнтів (7,4 %), поранення ренального відділу – 3 (11,1 %), поранення інфраренального відділу – у 21 (77,8 %), у одного пацієнта виявлено поранення гілок нижньої порожнистої вени в місці відходження їх від вени (3,7 %). Усі поранення вени ушивались атравматичним шовним матеріалом (Prolen 5.0), лише у одному випадку, при відриві гілки від нижньої порожнистої вени, місце відриву ушито атравматичною ниткою (Prolen 5.0), а дистальна кульба лігована.

Пошкодження підшлункової залози нами виявлено у 8 пацієнтів (29,6 %), дефект ушито атравматичним шовним матеріалом (Prolen 3.0), при виявленні поранення підшлунковою залозою проводилось введення інгібіторів протеолітичних ферментів інтраопераційно (Гордокс 500 000 ОД або Контрикал 200 000 ОД на ізотонічному розчині натрію хлориду внутрішньовенно крапельно).

У пацієнтів першої групи, без ознак перитоніту, пошкодження дванадцятипалої кишки було ушито двошрядними вузловими капроновими швами. При цьому виконана холецистостомія та декомпресійна інтубація тонкого кишечника, зонд заведено назогастралью на 0,8 м за зв'язку Трейца. Також проведено широке дренивання за очеревинного простору, сальникової сумки і малого тазу.

У пацієнтів другої групи, в яких були присутні ознаки дифузного и поширеного перитоніту, на ряду з ушиванням дванадцятипалої кишки двошрядними капроновими швами, проведено її повне розвантаження шляхом накладання гастроентероанастомоза на довгій петлі, холецистостомією, а при неможливості – холецистектомією і дрениванням Холедоха та назогастральною декомпресійною інкубацією тонкого кишечника, зонд заводили до 100 см за місце гастроентероанастомоза. Також усім пацієнтам цієї груп ми провели широке дренивання за очеревинного простору, сальникової сумки, над- і підпечінкового простору та малого тазу.

Неспроможність швів на дванадцятипалій кишці та розвиток гострого панкреатиту спостерігали у 8 (29,6 %) пацієнтів, це привело до повторних оперативних втручань.



У двох прооперованих (7,4 %) не було виявлено пошкодження нижньою порожнистою вени. Одного пацієнта повторно прооперовано на першу добу післяопераційного періоду у зв'язку із різким падінням гемодинаміки, на операції виявлено пошкодження реального відділу нижньої порожнистої вени, проведено ушивання останнього. У другого пацієнта пошкодження нижньої порожнистої вени із тампонадою згустком крові виявлено на патологоанатомічному розтині.

Летальність у післяопераційному періоді становила 40,7 % (11 пацієнтів). Повторне оперативне лікування ми провели у 10 пацієнтів (37 %), післяопераційні ускладнення у вигляді неспроможності швів кишки, гострого панкреатиту і розвиток нориць склали 63 %.

Середня тривалість лікування пацієнтів у стаціонарі становила 21 ± 4 дні.

Висновки

1. Пошкодження нижньої порожнистої вени у поєднанні із пошкодженням дванадцятипалої

кишки та підшлункової залози супроводжується масивною крововтратою та тяжким загальним станом пацієнта, що потребує негайного оперативного оперування, проведеного висококваліфікованим хірургом, який володіє технікою зупинки кровотеч і судинного шва.

2. Проведення оперативного втручання при травмі дванадцятипалої кишки потребує розширеної її мобілізації і детальної ревізії для діагностики ушкоджень інших органів і судин.

3. При пошкодженні більше половини окружності дванадцятипалої кишки та перитоніті потребують виключення кишки шляхом накладання обхідного гастроентероанастомоза, інтубації тонкого кишечника і накладання холецистостоми.

4. Інтубація тонкого кишечника і розвантаження жовчовивідних шляхів є обов'язковими при пошкодженнях дванадцятипалої кишки.

5. Наявність гематоми за очеревинного простору потребує обов'язкового її розкриття і оглядення та ревізії магістральних судин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гаин Ю. М. Лечение поврежденной нижней полой вены в условиях общехирургического стационара / Ю. М. Гаин // *Здравоохранение*. – 2000. – № 7. – С. 31–34.
2. Гринев М. В. Повреждения полых вен / М. В. Гринев, В. А. Опушнев // *Вестник хирургии*. – 1988. – № 9. – С. 72–77.
3. Сочетанные повреждения двенадцатиперстной кишки / Е. С. Баймышев, В. М. Бычков, А. Х. Мустафин [и др.] // *Военно-медицинский журнал*. – 1985. – № 3. – С. 52–53.
4. Клиническая и экспериментальная хирургия: (этапные операции при повреждении двенадцатиперстной кишки) [электронный ресурс] / С. С. Шестопалов, А. С. Плешков, И. Л. Рышков // *Электронный научно – практический журнал*. – 2014.
5. Травма живота с повреждением магистральных сосудов / А. А. Баяшкко, А. Г. Крючок [и др.] // *Хирургия*. – 2000. – № 9. – С. 20–24.
6. Penetrating injuries of the abdominal inferior vena cava / E. Deginnis, G. S. Velmahos, R. D. Levy [et al.] // *R Coll. Surg. Engl.* – 1996. – № 78. – С. 485–489.

ОТКРЫТИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ
НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ В
СОЧЕТАНИИ С ТРАВМОЙ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ И
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*А. И. Рылов, О. Д. Найденов,
В. В. Никитин,
М. Б. Данилюк*

Резюме. Работа посвящена описанию клинических случаев сочетанного повреждения нижней полой вены в сочетании с повреждением двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы.

На базе КУ «ГКБЭ и СМП г. Запорожья» проведено лечение 27 пациентов с повреждениями нижней полой вены, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. С ножевым проникающим ранением передней брюшной стенки доставлен 21 (77,8 %) больной, 6 (22,2 %) больных – из огнестрельным ранением. Все пациенты были разделены на две группы. Первая составила 15 больных (55,6 %) у которых превалировала клиника кровотечения и геморрагического шока. До второй группы вошли пациенты из преобладанием клиники перитонита – 12 больных (44,4 %).

Все пациенты прооперированы в ургентном порядке. Во время оперативного вмешательства ранение супраренального отдела нижней полой вены выявлено у 2 пациентов (7,4 %), ранение ренального отдела – 3 пациента (11,1 %), ранение инфраренального отдела – у 21 пациент (77,8 %). У одного пациента (3,7 %) выявлено повреждение ветвей нижней полой вены.

Дефект двенадцатиперстной кишки до S окружности стенки кишки выявлено у 22 больных (81,5 %), больше S окружности – 5 (18,5 %). Повреждение поджелудочной железы выявлено у 8 больных (29,6 %).

Летальность в послеоперационном периоде составила 40,7 % (11 пациентов). Повторные оперативные вмешательства производились у 10 пациентов (37 %), послеоперационные осложнения, в виде несостоятельности швов, острого панкреатита и кишечные свищи составили 63 %.

Ключевые слова: нижняя полая вена, двенадцатиперстная кишка, травма, кровотечение, гематома.

OPEN INJURIES OF
INFERIOR VENA CAVA
ASSOCIATED WITH
TRAUMA OF DUODENUM
AND PANCREAS

*A. I. Rilov, O. D. Naidenov,
V. V. Nikitin, M. B. Danylyuk*

Summary. This work is dedicated to the description of clinical cases of injuries of inferior vena cava in association with duodenum and pancreas injury.

On the basis of the city hospital of emergency assistance we treated 27 patients with injury of inferior vena cava, duodenum and pancreas. 21 patients (77.8 %) with penetrating stab wounds of the abdomen, 6 patients (22.2 %) with a gunshot wound. All the patients were divided into two groups. The first group included 15 patients (55.6 %) with predominant clinical bleeding and hemorrhagic shock. The second group included 12 patients (44.4 %) with predominance of peritonitis.

All patients undergone surgery in emergency protocol. During the surgery, the suprarenal segment of inferior vena cava injury was found in 2 patients (7.4 %), renal segment injury in 3 patients (11.1 %) and infra renal segment injury in 21 patients (77.8 %). In one patient (3.7 %) all the branches of the inferior vena cava were found injured. In 22 patients (81.5 %) injury to more than 1/2 of circumference of the duodenal wall and more than 1/2 of circumference of intestinal wall in (18.5 %) was found. Injury of pancreas was found in 8 patients (29.6 %).

Post-operative mortality was 40.7% (11 patients). Repeated surgical correction was performed in 10 patients (37%) and postoperative complications, such as failure of sutures, acute pancreatitis and development of intestinal fistula was found in 63%.

Key words: inferior vena cava, duodenum, trauma, bleeding, hematoma.