

Ломей Я.І., Демкович Т.М., Ломей Ю.Я., Іценко В.П.  
КЗ СРР «Сколівська ЦРЛ», м. Сколе, Львівська область, Україна

## Посттравматична евентрація кишечника

**Резюме.** Пошкодження живота в мирний час належать до числа актуальних проблем сучасної клінічної медицини. Основна частка травмованих припадає на представників працездатного віку, переважно чоловічої статі. Через необережність пацієнт К. отримав виробничу тяжку проникну травму живота з евентрацією тонкого і товстого кишечника, пошкодженням порожнистих органів черевної порожнини, якого у стані травматичного і гіповолемічного шоку III ступеня було доправлено в стаціонар бригадою екстреної медичної допомоги. Своєчасне оперативне втручання та відповідна інтенсивна терапія привели до одужання.

**Ключові слова:** правила техніки безпеки; проникна травма живота; евентрація кишечника; пошкодження порожнистих органів черевної порожнини; масивна внутрішньочеревна кровотеча; шок

### Вступ

У сучасному глобалізованому світі спостерігаються шквал різноманітної інформації, шалені швидкості, складні високотехнологічні виробничі процеси, неврівноважені стосунки людей між собою та їх виснажливе ставлення до природних ресурсів. Не витримує природа (різні природні стихії, катаклізми), людина, рухомі механізми, які дають збої. Пихатість, жадібність, зверхнє ставлення одних до інших, бідність, нездоланість, заздрість інших призводять до терактів, збройних конфліктів, конфронтації, техногенних катастроф, аварій із негативними наслідками — отриманням травм різного ступеня тяжкості, іноді в значної кількості потерпілих. Як відомо, чим складніша та інтенсивніша працююча система, тим частіше виникають поломки в міру її швидшої зношеності та складності управління нею, некваліфікованого її обслуговування. Якщо колись люди їздили на підводах/екіпажах, пускались у далекі мандрівки по морях і океанах під парусами, то тепер переносяться по небу за декілька годин на край світу. Транспортні засоби все вдосконалюються, і зростає їх швидкість. Світ постійно прискорюється, наче кудись поспішає. Куди, навіщо і для чого?! Але чи готове наше тіло до таких швидкостей? Чи готовий мозок? Навіть очі не встигають зафіксувати деталі за вікном рухомого автомобіля. У багатьох розвиваються різноманітні симптоми морської хвороби — по-сучасному дорожня лихоманка, кінетоз, хвороба руху. Через загальне недомагання людина стає абсолютно безпорадною, неадекватно орієнтованою у своїй поведінці, вчинках, виробничій

діяльності, що супроводжується шумом/гамом, загазованістю, запиленістю [1].

У структурі травми мирного часу абдомінальні пошкодження становлять від 3 до 8 %, причому лише в 15 % потерпілих цієї групи травми живота (ТЖ) є ізолюваними, а у 85 % вони поєднуються з пошкодженнями інших анатомічних ділянок тіла. Серед потерпілих із ТЖ переважають чоловіки (до 80 %) віком 20–40 років [2]. До 18 % потерпілих під час отримання травми перебували в алкогольному сп'янінні, були втомленими. Тому частіше вони потрапляли під рухомі транспортні засоби [3]. Іноді при відкритій ТЖ через травматичний дефект у черевній стінці на поверхню тіла випадають органи черевної порожнини (ОЧП), найчастіше великий сальник (40 %) і тонка кишка (29 %) [4].

Наводимо клінічний випадок із нашої практичної роботи посттравматичної евентрації товстого і тонкого кишечника внаслідок проникної ТЖ, отриманої під час роботи на пилорамі.

### Матеріали та методи

13.02.2017 р. об 11:00 бригадою екстреної медичної допомоги з виробництва у тяжкому стані доправлений потерпілий К., 28 років, із тяжкою проникною ТЖ з евентрацією кишечника, травматичним і гіповолемічним шоком III ст. безпосередньо, минаючи приймальний покій, у реанімаційне відділення. На догоспітальному етапі медична допомога надавалась згідно з протоколом (знеболювання, інфузійна терапія, кровоспинні препарати тощо) [5]. З опитування бригади стало відомо, що потерпілий, працюючи на пилорамі

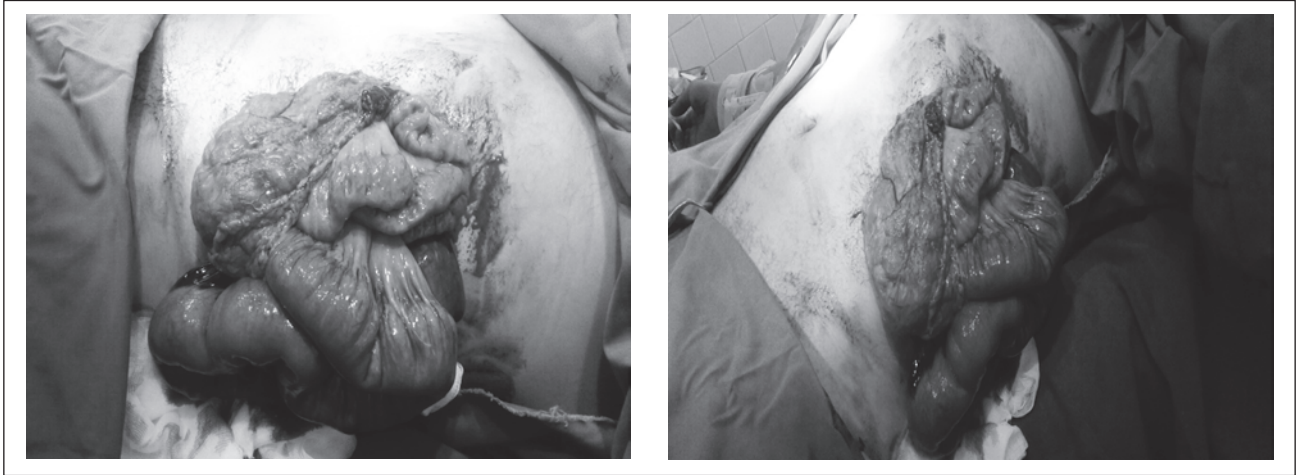


Рисунок 1

в цеху розпилювання деревини на дошки, відірваним куском дошки/опалубка з фіксуючого рухомого пристрою отримав травму живота десь 10–15 хвилин тому.

З анамнезу життя (після одужання): туберкульоз, венеричні захворювання, вірусний гепатит, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки та інші захворювання заперечуються. Алерго- та медикаментозний анамнези не обтяжені. Курить, алкоголь вживає епізодично.

**Status praesens objektivus.** Загальний стан потерпілого вкрай тяжкий. Свідомість затьмарена. На запитання не відповідає. Ціаноз губ, нігтів. Шкірні покриви бліді, покриті солоним липким потом, холодні на дотик. Частота дихання — 27 за 1 хв, поверхневе, ритмічне. Зіниці S = D. Розширені на все поле зору, фотореакція відсутня. Дихання самостійне. Експерсія грудної клітки ліворуч відстає. Аускультативно дихання ослаблене, везикулярне з обох боків, хрипів не чути. Тони серця дуже слабкі. Пульс на периферичних артеріях не визначається, а на сонних — 136 уд/хв, ледь вловимого наповнення і напруження.  $AT_{\text{sin}} = 40/0$ ,  $AT_{\text{dex}} = 50/10$  мм рт.ст. Індекс шоку за Альговер праворуч — 2,7, а ліворуч — 3,4.

**Status localis.** У ділянці проникної рваної рани передньої черевної стінки в лівому підребер'ї розміром 13,0 × 6,0 см є петлі товстого і тонкого кишечника, що випали, прикриті стерильним одноразовим простирадлом, змоченим фізіологічним розчином.

**Діагноз.** Відкрита проникна травма живота. Посттравматична евентрація тонкого і товстого кишечника. Масивна внутрішньочеревна кровотеча. Травматичний та гіповолемічний шок III ступеня. Перитоніт.

Інформовану добровільну згоду в дружини потерпілого на проведення діагностики, лікування, знеболювання та операції отримано. Після забору необхідних аналізів та проведення інтенсивної передопераційної інфузійної терапії (внутрішньовенне струминне введення розчинів колоїдів, кристалоїдів, інфезолу, свіжозамороженої плазми тощо в три магістральні судини), після премедикації та інтубації трахеї з першого

разу і переведення на штучну вентиляцію легень АШД «Leon» потерпілому через 15 хвилин (об 11:15) розпочато оперативне втручання за життєвими показаннями.

При надходженні та за час лікування в стаціонарі потерпілому К. проведені такі аналізи, обстеження. Загальний аналіз крові: еритроцити — 2,4 Т/л, гемоглобін — 80 г/л, лейкоцити — 6,0 Г/л, еозинофіли — 0 %, нейтрофіли паличкоядерні — 10 %, а сегментоядерні — 62 %, лімфоцити — 21 %, моноцити — 7 %, швидкість осідання еритроцитів — 2 мм/год. Група крові: 0 (I), Rh (+) — позит. Коагулограма крові: Нт — 0,24; час рекальцифікації — 68 с; протромбіновий час — 15 с; протромбіновий індекс — 100 %. Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін — 15,07; прямий білірубін — 4,47; непрямої — 10,6 мкмоль/л; тимолова проба — 0,8 од., АЛТ — 0,5 мкмоль/л, а АСТ — 0,3 мкмоль/л; сечовина — 6,0, а креатинін — 0,120 ммоль/л. Глюкоза крові — 4,5 ммоль/л. Кров на RW — негативна. ЕКГ: ритм синусовий, 136 уд/хв. Нормограма. Дифузне порушення процесів реполяризації в міокарді. Rtg-графія ОГК — без особливостей. При проведенні дослідження методом імуноферментного аналізу від 22.02.2017 р. антитіла до ВІЛ не виявлені. Загальний аналіз сечі без патологічних відхилень.

### Протокол операції (тривалість — 2 год)

**Лапаротомія.** Зупинка кровотечі: прошивання відірваної брижі тонкої кишки, туга тампонада ушкоджених судин заочеревинного простору. Ушивання шлунка. Резекція та анастомоз тонкої кишки «бік у бік». Евакуація дрібних сторонніх тіл із черевної порожнини, санація та її дренирування.

Оперативне втручання з приводу відкритої проникної ТЖ із посттравматичною евентрацією тонкого і товстого кишечника, відриву брижі тонкої кишки, розриву шлунка, пошкодження заочеревинних судин, внутрішньочеревної кровотечі, дрібних сторонніх тіл черевної порожнини, перитоніту.

Під загальним знеболюванням після дворазової обробки операційного поля розчином йодонату проведе-

на серединна лапаротомія. Через травматичний отвір/рану лівого підбер'я вправлено в черевну порожнину оброблені дезрозчином петлі тонкого і товстого кишечника, які випали. При проведенні ревізії ОЧП виявлено розрив шлунка по задній поверхні великої кривизни розміром 6,0 × 2,0 см, повний відрив брижі тонкої кишки приблизно 30 см від зв'язки Трейтца та з ушкодженням приблизно 20 см її стінки. Масивна позаочеревинна гематома з раною в центрі, в якій багато сторонніх дрібних тіл (тріски з дошки) із пошкодженням дрібних позаочеревинних судин. У глибині рани є дефект окістя тіл I–II поперекових хребців. Інших пошкоджень у черевній порожнині не виявлено. Гемостаз шляхом прошивання брижі тонкої кишки, тугої тампонади травмованих судин заочеревинного простору. Ушивання рани шлунка дворядним капроновим швом. Резекція приблизно 30 см тонкої кишки з анастомозом «бік у бік». З рани по задній черевній стінці видалені множинні (14 шт.) сторонні тіла у вигляді трісок із дошки довжиною від 3,0 до 8,0 мм, у діаметрі від 2,0 до 3,0 мм. Санація та дренаж черевної порожнини. До рани підведено марлевий тампон. Рецидив кровотечі з брижі тонкої кишки зупинено шляхом її прошивання. Контроль на гемостаз. Пошарові шви на операційну та посттравматичну рани передньої стінки живота. Асептична пов'язка.

За час операції потерпілому проведена внутрішньовенна інфузія розчинів у кількості 3600 мл, а свіжо-замороженої плазми 0 (I), Rh (+) — 490 мл. Діурез на 14:00 становив 200 мл через постійний сечовий катетер. АТ — 85/45 мм рт.ст. Пульс — 96 уд/хв, ритмічний, слабого наповнення і напруження. Консультований судинним хірургом Львівської ОКЛ із відповідними рекомендаціями. УЗД ОЧП, черевного відділу аорти та її гілок — пошкоджень більше не виявлено.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Рани зажили вторинним натягом. Після інтенсивно проведеного лікування пацієнт К. виписаний додому 07.03.2017 р. в задовільному стані з належними рекомендаціями під нагляд сімейного лікаря.

**Катамнез.** 12 місяців. Пацієнт практично здоровий.

## Перебіг та обговорення даного нещасного випадку

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, тяжкі механічні пошкодження, що стали причиною смерті, посідають третє місце в структурі смертності, поступаючись серцево-судинним та онкологічним захворюванням. Особливо часто від травматизму зазнають матеріальних та моральних втрат особи працездатного віку. Саме через це можна виокремити цю проблему й віднести її до соціально-медичної в структурі дорожньо-транспортного, побутового та виробничого травматизму. Значна частка належить поєднаним травмам, серед яких особливо тяжким перебігом характеризуються полісистемні пошкодження на тлі екзогенних інтоксикацій (алкоголем та його дериватами, наркотичними речовинами, солями тяжких мета-

лів, фосфорорганічними сполуками тощо) [6]. Аналіз літературних джерел, як вітчизняних, так і зарубіжних, свідчить про те, що ТЖ у мирний час належать до числа актуальних проблем сучасної клінічної медицини. Для них характерна: раптовість травматичної події, динамізм і складність патологічних розладів із взаємним обтяженням, тяжкість потерпілого і складність постановки діагнозу з виокремленням основного пошкодження, висока летальність. Виділяють зовнішню (відкриту) і внутрішню (інтраплевральну) та постопераційну евентрацію. Це свого роду усічена (урізана) грижа, без наявного її мішка. При евентрації в разі проникного поранення черевної порожнини завжди слід передбачати пошкодження внутрішніх органів і проводити ретельну ревізію ОЧП. Клінічними ознаками проникної ТЖ із пошкодженням ОЧП є шок, колапс, гостра внутрішньочеревна кровотеча і перитоніт різних ступенів вираженості. При обстеженні потрібно уточнювати таке: 1) був потерпілий під час травми натще чи з переповненим шлунком; 2) чи був у стані алкогольного/наркотичного сп'яніння; 3) чи давно спорожнявав кишечник і сечовий міхур [7]. Пошкодження ОЧП нерідко бувають множинними, причому частіше пошкоджуються порожнисті органи, ніж паренхіматозні. Велике значення в механізмі пошкодження органів живота відіграє їх положення й фізіологічний стан у момент травми (ступінь наповнення і розтягнення порожнистих органів, розміри і кровопостачання паренхіматозних органів). Причому їх пошкодження варіюють від забою до повного розриву/відриву [2]. Пошкодження шлунка при ТЖ зустрічається порівняно рідко і становить приблизно 2 % щодо всіх інших пошкоджень ОЧП. Причиною розриву шлунка є ТЖ, коли він під дією травмуючого агента із силою притискається до хребта, частіше — при його переповненні їжею чи повітрям [8]. При порожньому шлунку розрив його відбувається тільки при дуже сильній травмі. При косому направленні сили удару кишкові петлі зміщуються в сторону або вертикально, що призводить до відриву їх від брижі, внутрішньої кровотечі, розриву стінки тонкої кишки з виходом її вмісту в черевну порожнину і розвитком перитоніту [7].

Отже, пацієнт К. із необережності, порушивши правила техніки безпеки (ПТБ) на робочому місці (знаходився в небезпечній зоні обслуговування), отримав тяжку проникну ТЖ з евентрацією кишечника, розривом стінки шлунка і тонкої кишки, відривом частини її брижі, пошкодженням судин заочеревинного простору з утворенням масивної гематоми і внутрішньочеревної кровотечі, що супроводжувалось посттравматичним і гіповолевмічним шоком III ступеня. Механізм одержаної травми виглядає так: у момент згинання працівника К. для підняття з підлоги дошки в небезпечній зоні йому із силою та на швидкості через ліве підбер'я зверху вниз і зліва направо відірваним із фіксуемого пристрою куском дошки/опалубка «прошило» передню черевну стінку з нанесенням на своєму шляху вищевказаних пошкоджень порожнистих ОЧП. Але молодий вік, необтяжений хворобами організм,



вчасне звернення і транспортування до лікарні з наданням у необхідному обсязі медичної допомоги згідно з протоколом екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі, негайне оперативне втручання з інтенсивною терапією в стаціонарі сприяли одужанню потерпілого.

## Висновки та рекомендації

Виробничі і спортивні травми виникають при зношеності обладнання, порушенні ПТБ і недотриманні профілактичних заходів на виробництві, у сільському господарстві, при заняттях спортом. ТЖ у мирний час належать до числа актуальних проблем сучасної клінічної медицини. Треба проводити широку роз'яснювальну санітарно-просвітницьку роботу серед населення, особливо працюючих та дітей, із метою формування навичок обережного поведіння в навколишньому середовищі та на виробництві, щоб запобігти травматизму. Слід навчатись прийомів надання першої медичної невідкладної допомоги на місці нещасного випадку, ретельно дотримуватись ПТБ на робочому місці та в побуті завжди і скрізь. Байдужість, недбалість часом обертаються горем як для себе, так і для інших [9], адже в природі, суспільстві, повсякденному житті все взаємопов'язане і взаємообумовлене. Про це слід пам'ятати всім і завжди, на кожному кроці, особливо в сучасний неспокійний, емоційно-вибуховий час, у своїй поведінці, діяльності/бездіяльності. Інакше «zasлуженою» відплатою можуть бути небажані наслідки різного ступеня вираженості. Як писав великий Микола Пирогов, «фунт профілактики рівний пуду лікування» [10].

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

## Список літератури

1. Гаркуша Г.Г. Дорожня лихоманка / Г.Г. Гаркуша // *Лечебные письма*. — 2017. — № 25(393). — С. 14-15.
2. *Частная хирургия. Т. 1: учебник для мед. вузов / Под ред. чл.-кор. РАМН, проф. Ю.Л. Шевченко*. — СПб.: Специальная литература, 1998. — С. 433.
3. Романенко А.Ю. *Закриті пошкодження живота*. — К.: Здоров'я, 1977. — С. 314-315.
4. БМЭ: В 29 т. / Под ред. акад. Б.В. Петровского. — 3-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1986. — Т. 27. — С. 540.
5. Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги: травми живота. Затверджено наказом МОЗ України від 15 січня 2014 р. № 34.
6. Кушнір В.А. Особливості підходів до використання медичних технологій діагностики травматичної хвороби постраждалих із наявністю екзогенних інтоксикацій для визначення стану прогнозу і тактики лікування потерпілих / В.А. Кушнір // *Травма*. — 2014. — Т. 15, № 6. — С. 110-111.
7. Невідкладні оперативні втручання в абдомінальній хірургії / Шевчук М.Г., Генік С.Н., Хохла В.П., Панченко С.Н. — К.: Здоров'я, 1988. — С. 157.
8. *Хірургічні хвороби: Підручник для студентів медичних вузів / За ред. заслуженого діяча наук, проф. А.В. Смирнова*. — 2-ге вид., доп. і переробл. — Л.: Медицина, 1968. — С. 316.
9. Ломей Я.І. Травматичне пошкодження середньої третини правої стегнової артерії зі спонтанним гемостазом / Я.І. Ломей, Р.В. Радиш, Ю.Я. Ломей // *Травма*. — 2014. — Т. 15, № 6. — С. 81-83.
10. Островський М.М. *Успіх — це командна гра!* / М.М. Островський // *Therapia. Український медичний вісник*. — 2017. — № 9(123). — С. 6.

Отримано 01.02.2018 ■

Ломей Я.И., Демкович Т.М., Ломей Ю.Я., Иценко В.П.  
КУ СРС «Сколевская ЦРБ», г. Сколе, Львовская область, Украина

## Посттравматическая эвентрация кишечника

**Резюме.** Повреждение живота в мирное время относится к числу актуальных проблем современной клинической медицины. Основная доля травмированных приходится на представителей трудоспособного возраста, преимущественно мужского пола. По неосторожности пациент К. получил производственную тяжелую проникающую травму живота с эвентрацией тонкого и толстого кишечника, повреждением полых органов брюшной полости, который в состоянии травматического и

гиповолемического шока III степени был доставлен в стационар бригадой экстренной медицинской помощи. Своевременное оперативное вмешательство и соответствующая интенсивная терапия привели к выздоровлению.

**Ключевые слова:** правила техники безопасности; проникающая травма живота; эвентрация кишечника; повреждения полых органов брюшной полости; массивное внутрибрюшное кровотечение; шок

Ya.I. Lomei, T.M. Demkovych, Yu.Ya. Lomei, V.P. Itsenko  
Scole Central District Hospital, Scole, Lviv region, Ukraine

## Posttraumatic intestinal eventration

**Abstract.** Damage to the stomach in peacetime is among the topical issues of modern clinical medicine. The bulk of the injured patients falls on the representatives of the working age, mainly males. By negligence, patient K. suffered a severe occupational penetrating abdominal injury with eventration of the thin and large intestine, damage to the hollow organs of the abdominal cavity, and was ad-

mitted to the hospital by emergency team with a state of traumatic and hypovolemic shock degree III. Timely surgical intervention and proper intensive therapy led to recovery.

**Keywords:** safety rules; penetrating abdominal injury; intestinal eventration; damage to the hollow abdominal organs; massive intra-abdominal hemorrhage; shock