

Спостереження успішного лікування хворого з посттравматичним розривом заочеревинного відділу дванадцятипалої кишки

YU. S. SEMENIUK^{1,2}, V. O. TKACH², V. F. DENYSHCHUK²

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky¹, Rivne Regional Clinical Hospital²

OBSERVATION OF SUCCESSFUL TREATMENT OF THE PATIENT WITH POST-TRAUMATIC DISRUPTION OF PERITONEAL SPINE OF DUODENUM

Пошкодження дванадцятипалої кишки (ДПК) у зв'язку із значною кількістю діагностичних помилок, розвитком ускладнень у післяопераційному періоді і високою летальністю належать до найтяжчих [1, 2, 3, 4, 5]. Частота їх складає 0,6 – 5 % всіх травм черевної порожнини і 0,4 – 6,5 % травм шлунково-кишкового тракту [4, 5]. Особливими і найбільш драматичними випадками є пошкодження заочеревинного відділу ДПК [1, 2, 3, 4, 5]. Хірургічне лікування пошкоджень ДПК залишається маловивченою проблемою. Передусім це пов'язано з невеликою кількістю спостережень даного виду травми в загальній структурі пошкоджень органів черевної порожнини і заочеревинного простору. Діагностика заочеревинних розривів ДПК основана на факті травмування живота та наявності ретроперитоніту, який спричиняє всю тяжку клінічну картину аж до розвитку шоку. Пошкодження ДПК не завжди діагностується навіть під час операції, про що свідчить наведений нами клінічний випадок [1, 2, 3]. Ще більше утруднює діагностику поєднана травма інших органів черевної порожнини. Виявивши пошкодження одного з органів черевної порожнини, часто хірургом подальша ревізія припиняється, тим більше, коли для ретельної ревізії необхідно виконати додаткові маніпуляції (розкриття шлунково-ободової зв'язки, мобілізація ДПК за Кохером, розкриття параколон тощо) [6]. Тому наявність гематоми в підпечінковому просторі, ділянці гепатодуоденальної зв'язки, брижі поперечноободової та тонкої кишок, особливо у поєднанні з жовчним просоченням та емфіземою заочеревинного простору, є показанням до ретельної ревізії заочеревинно розміщених ділянок дванадцятипалої кишки [1, 2, 3, 4, 5]. Ігнорування цього неприпустиме і може призвести до фатального наслідку.

Наводимо спостереження успішного оперативного лікування хворого з приводу посттравматичного заочеревинного розриву ДПК на 3/4 окружності кишки.

Пацієнт Я. віком 20 років доставлений у ЦРЛ через 2 год після отримання закритої травми верхнього поверху живота тупим предметом (дерев'яна колода). 25.09.10 госпіталізований у хірургічне відділення зі скаргами на біль у животі та блювання, загальну слабкість. З анамнезу відомо, що хворіє на дитячий церебральний параліч, відмічено відставання у фізичному розвитку. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Шкірні покриви звичайного кольору. Пульс – 96 за 1 хв. АТ – 110/60 мм рт. ст. Тони серця ритмічні. У легенях везикулярне дихання. Живіт при огляді бере участь в акті дихання, асиметричний за рахунок наявної підшкірної гематоми в епі- та мезогастрії. При пальпації м'який, болючий та напружений у ділянці гематоми. Симптомів подразнення очеревини немає. Печінкова тупість збережена. Перистальтика кишечника вислуховується. Симптом Пастернацького сумнівний справа, зліва негативний. Загальний аналіз крові: Ер – $3,95 \times 10^{12}/л$, Нв – 121 г/л, Л – $19,4 \times 10^9/л$, ШОЕ – 2 мм/год. Загальний аналіз сечі, коагулограма, біохімічний аналіз крові в межах норми. УЗД: в порожнині таза до 10 мл вільної рідини. Ехоструктура печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, нирок, селезінки, сечового міхура в нормі. Діагноз: “Закрита тупа травма живота”. Хворому проводиться динамічне спостереження, інфузійна терапія. На 2-гу добу виконано ФЕГДС. Патології стравоходу, шлунка, цибулини ДПК та постбульбарного відділу не виявлено. Однак з'явилися перитонеальні ознаки. У зв'язку з цим консилиумом було прийнято рішення про оперативне втручання. Під час лапаротомії виявлено до 1 л серозно-геморагічної рідини та два лінійних розриви антрального відділу шлунка до 1,5 см без пошкодження слизової, які ушиті. У ділянці зв'язки Трейтца напружена гематома заочеревинного простору до 15 см у діаметрі. В ілеоцекальному куті, сліпій, висхідній та правій половині поперечноободової кишки множинні

субсерозні гематоми. Проведена ревiзiя пiдшлункової залози пiсля розкриття шлунковоободової зв'язки – пошкоджень немає. Оперативне втручання закінчено санацією та дренажуванням черевної порожнини трубчасто-гумовими випускниками. Хворий у післяопераційному періоді отримує антибіотики, гемостатики, спазмолітики, знеболювальні, інфузійну терапію. Трубочасті дренажі видалені на 5-ту добу, гумові підтягнуті. На 8-му добу після операції в правій здухвинній ділянці у місці гумових дренажів з'явилися кишкові виділення. Явищ розлитого перитоніту не було, в зв'язку з чим хворого транспортували у Рівненську обласну клінічну лікарню. Госпіталізований у відділення хірургічної інфекції та проктології. При огляді стан тяжкий, блідий, пульс – 100 за 1 хв. АТ – 100/60 мм рт. ст. У легенях везикулярне дихання. Живіт мало бере участь в акті дихання. На передній черевній стінці рана після серединної лапаротомії зі швами, без ознак запалення та нагноєння. При пальпації живіт болючий, напружений, більше справа, позитивні симптоми подразнення очеревини. Печінкова тупість збережена. Перистальтика не вислуховується. З дренажного отвору в правій здухвинній ділянці виділення кишкового вмісту. Аналіз крові: Ер – $4,25 \times 10^{12}/л$, Нв – 137 г/л, Л – $12,4 \times 10^9/л$, ШОЕ – 12 мм/год. Аналіз сечі: колір жовтий, прозорість – мутна, питома вага – 1019, Л – 1–2 в полі зору, цукор, білок не виявлено.

Встановлено діагноз: “Закрита тупа травма живота. Стан після лапаротомії, ушивання розривів серозної оболонки шлунка, санації та дренажування черевної порожнини. Перфорація кишечника. Перитоніт”. Вирішено провести релапаротомію, ревiзiю органів черевної порожнини з вирішенням подальшої тактики. Після проведення доопераційної підготовки виконана релапаротомія.

У черевній порожнині виявлено до 1 л кишкового вмісту з домішками їжі. Видалено відсмоктувачем. Петлі тонкого та товстого кишечника роздуті з нашаруваннями фібрину. Виявлено два розриви очеревини з обох боків кореня брижі тонкої кишки без пошкодження судин. Через ці розриви мають місце дуоденальні виділення з домішками їжі. При подальшій ревiзiї заочеревинного простору через правий розрив кореня брижі виявлено розрив на 3/4 окружності нижньо-горизонтальної частини дванадцятипалої кишки зі збереженням

частково задньої стінки. Головка підшлункової залози набрякла, щільної консистенції. Краї розриву ДПК незначно набряклі, без ознак порушення мікроциркуляції. Інших пошкоджень не виявлено. Виконано мобілізацію ДПК за Кохером із вивільненням ділянки розриву, після чого при їх зближенні натягу країв кишки немає. Проведено ушивання дефекту ДПК за типом анастомозу “кінець в кінець” у 3/4 дворядними атравматичними окремими вузловими швами дексоном № 000. До ділянки анастомозу через розрив кореня брижі підведено та фіксовано частину великого сальника. У просвіт ДПК до ділянки ушивання стінки введено зонд для активної декомпресії.

У заочеревинний простір до місця ушивання через правий та лівий розриви в корені брижі підведено по дві поліхлорвінілові трубки та гумові смужки, які виведено через контрапертури в правій та лівій поперекових ділянках.

Черевна порожнина санована. Додатково дренажено лівий боковий канал та порожнину малого таза. Післяопераційна рана пошарово зашита.

У післяопераційному періоді проводили інтенсивну інфузійну терапію (глюкоза, кристалоїди, розчини гідроксиетилкрохмалю), антибіотикотерапію (тієнам, мератин), призначали блокатори секретії (укреотид, омепразол, даларгін), переливання свіжозамороженої плазми, виконували аспірацію шлункового та дуоденального вмісту. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягом.

Висновки. 1. Наявність гематоми в підпечінковому просторі, ділянці гепатодуоденальної зв'язки, брижі попереочноободової та тонкої кишки є показанням до ретельної ревiзiї заочеревинно розміщених ділянок дванадцятипалої кишки.

2. Під час оперативного втручання обов'язковою є мобілізація країв розриву, при необхідності висічення їх. Ушивання з використанням атравматичної техніки, накладання швів. Відсутність натягу країв ушитого ДПК. Дренажування заочеревинного простору, контроль за введенням назогастродуоденального зонда.

3. У післяопераційному періоді важливим є використання антибіотиків, блокаторів секретії та активної аспірації дуоденального вмісту.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Молитвослов А. Б. Повреждения двенадцатиперстной кишки / А. Б. Молитвослов, А. Э. Макаров, А. А. Баев // Хирургия. – 2000. – № 5. – С. 52–57.
2. Кононенко М. Г. Закриті пошкодження дванадцятипалої кишки (огляд літератури) / М. Г. Кононенко // Вісник СумДУ. – 2009. – Т. 2, № 2.
3. Боднар Б. М. Випадки заочеревинних пошкоджень дванадцятипалої кишки в дітей / Б. М. Боднар // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2003. – Т. 2, № 2.
4. Иванов П. А. Хирургическая тактика при травме двенадцатиперстной кишки / П. А. Иванов, А. В. Гришин // Хирургия. Журнал им. Пирогова.
5. Сенько В. П. Повреждения двенадцатиперстной кишки / В. П. Сенько, Г. А. Бобохидзе, В. Н. Харитонов // Вестн. хир. – 1998. – № 1. – С. 62.
6. Уракчеев Ш. К. Хирургическая помощь при повреждениях двенадцатиперстной кишки / Ш. К. Уракчеев // Вестн. хир. – 1998. – № 3. – С. 72–75.

Отримано 02.03.11