

УДК 616.342-001.48+617.553

© Ю. С. СЕМЕНЮК^{1,2}, В. О. ТКАЧ², Р. Л. МАРТИНЮК²ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"¹
КЗ "Рівненська обласна клінічна лікарня" Рівненської обласної ради²

Хірургічна тактика при несвоєчасно діагностованому у хворого посттравматичному розриві заочеревинного відділу дванадцятипалої кишки

Yu. S. SEMENIUK^{1,2}, V. O. TKACH², R. L. MARTYNIUK²SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"¹
MI "Rivne Regional Clinical Hospital" of Rivne Regional Council²

SURGICAL TACTICS AT TARDY DIAGNOSED IN A PATIENT WITH POST-TRAUMATIC OF DUODENUM OUTABLDOMINAL UNIT

Представлено спостереження успішного лікування хворого з посттравматичним розривом заочеревинного відділу дванадцятипалої кишки.

The article adduces the observation of successful treatment with post-traumatic disruption of duodenum out abdominal unit.

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 пацієнт хворіє на дитячий церебральний параліч, має місце 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: у порожнині таза до 10 мл вільної рідини. Ехоструктура печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, нирок, селезінки, сечового міхура в нормі. Діагноз: "Закрита тупа травма живота". За хворим здійснюють динамічне спостереження, йому проводять інфузійну терапію. 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 консилиум прийняв рішення про операційне 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 Трейца напружена гематома заочеревинного простору до 15 см у діаметрі. В ілеоцекальному куті, сліпій, висхідній та правій половині поперечноободової кишки множинні субсерозні гематоми. Проведено ревізію підшлункової залози після розкриття шлунково-ободової зв'язки – пошкоджень немає. Операційне втручання закінчено санацією та дренажуванням черевної порожнини трубчасто-гумовими випускниками. Хворий у післяопераційному періоді отримує антибіотики, гемостатики, спазмолітики, знеболювальні, інфузійну терапію. Трубочасті дренажі видалено на 5-ту добу, гумові підтягнуто. На 8-му добу після операції в правій здухвинній ділянці у місці гумових дренажів з'явилися кишкові виділення. Явищ розлитого перитоніту не було, тому хворого транспортували у Рівненську обласну клінічну лікарню. Госпіталізовано 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 – 137г/л, Л – $12,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 12мм/год. Аналіз сечі: колір жовтий, прозорість – мутна, питома вага – 1019, Л – 1–2 в п/з, цукор, білок не виявлено.

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

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 ревізії 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 набрякли, без ознак порушення мікроциркуляції. Інших пошкоджень не виявлено. Виконано мобілізацію ДПК за Кохером із вивільненням ділянки розриву, після чого при зближенні натягу країв кишки немає. Проведено ушивання дефекту ДПК за типом анастомозу “кінець в кінець” у 3/4 дворядними атравматичними окремими вузловими шва-

ми 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.

Черевну порожнину сановано. Додатково дреновано лівий боковий канал та порожнину малого таза. Післяопераційну рану пошарово зашито.

У післяопераційному періоді проводили інтенсивну інфузійну терапію (глюкоза, кристалоїди, розчини гідроксиетилкрохмалю), антибіотикотерапію (тієнам, мератин), призначали блокатори секретії (укреотид, омепразол, даларгін), переливання свіжозамороженої плазми, 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 поперечноободової та тонкої кишки є показанням до ретельної ревізії заочеревинно розміщених ділянок дванадцятипалої кишки, ігнорування цього є неприпустимим.

2. Під час операційного втручання обов’язково є мобілізація країв розриву, при необхідності – висічення їх. Ушивання з використанням атравматичної техніки накладання швів. Відсутність натягу країв ушитої ДПК. Дренивання заочеревинного простору, контроль постановки назогастро-дуоденального зонда.

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

Отримано 03.04.13