

УДК 617.542-001-089+617.55-001-089

© В. В. МИЩЕНКО, П. І. ПУСТОВОЙТ¹, В. В. ГОРЯЧИЙОдеський національний медичний університет, Одеська обласна клінічна лікарня¹

Хірургічна тактика при закритій абдомінальній травмі з пошкодженням брижі тонкого кишечника

V. V. MISHCHENKO, P. I. PUSTOVOIT¹, V. V. HORIACHYIOdesa National Medical University, Odesa Regional Clinical Hospital¹

SURGICAL TACTICS AT CLOSE ABDOMINAL TRAUMA WITH THE LESION OF HERNIA OF THE SMALL INTESTINE

Абдомінальна травма (АТ) залишається актуальною проблемою в ургентній хірургії, досягаючи до 30 % усіх травм із летальністю до 27–47,6 %, оскільки значну частину такого роду хворих госпіталізують за ургентними показаннями в загальнохірургічний стаціонар. Основною причиною смерті у 51,4 % випадках є шок, у 13,8 % – кровотеча. Клінічні прояви АТ не завжди дозволяють встановити правильний діагноз та визначити єдино правильну тактику надання допомоги.

Відсутність конкретного алгоритму дій для ургентної бригади під час чергування утруднює ранню діагностику пошкоджень при АТ, зумовлює збільшення тривалості доопераційного періоду, впливає на подальшу хірургічну тактику та вибір методу лікування.

Метою нашого повідомлення було показати на прикладі клінічного спостереження нестандартний підхід при виборі алгоритму діагностично-лікувального напрямку в даній категорії хворих.

Хворий О. віком 49 років захворів гостро о 1 год ночі 13.12.2012 р. після погіршеності в дієті і фізичного навантаження з підняттям вантажу зі скаргами на розлитий біль у животі, здуття, нудоту, блювання, різко виражену слабкість, задишку. Пацієнт був госпіталізований до хірургічного відділення ЦРЛ через 8 год, де після клініко-лабораторного та інструментального дослідження встановлено діагноз: “Гострий панкреатит, панкреонекроз. Розшаровуюча аневризма черевного відділу аорти?”.

Через 17 год у зв'язку з погіршенням стану переведений до відділення інтенсивної терапії Одеської обласної клінічної лікарні у крайню тяжкому стані з діагнозом гострого панкреатиту, параколичного інфільтрату, кишкової непрохідності, олігурії. При госпіталізації АТ – 110/70 мм рт. ст., сатурація

кисню 94 %, П – 103 уд./1 хв, ЧД – 22 за 1 хв, t – 36,6 °С. Загальний аналіз крові: лейкоцити – $12,8 \times 10^9$ /л, еритроцити – $4,0 \times 10^{12}$ /л, Hb – 133 г/л, тромбоцити – 299×10^3 /л. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини у мезогастрії одиничні чаші Клойбера. Вільного газу не виявлено. Язик вологий, з білим нальотом. Живіт роздутий, хворобливий скрізь, із сумнівними ознаками перитоніту та наявністю параколичного інфільтрату по правому фланку. Хворому призначили: реосорбілакт – 400,0, розчин глюкози 5 % – 400,0+розчин хлористого калію 3 % – 60,0; розчин хлористого натрію 0,9 % – 400,0+ контривен – 100 000 од; розчин Рінгера 200,0 внутрішньовенно краплинно; квамател – 40 мг х 2 рази внутрішньовенно; омез – 40 мг х 2 рази внутрішньовенно; метаклопрамід – 2,0 х 3 рази внутрішньом'язово; цефтріаксон – 1,0 х 2 рази внутрішньовенно; левофлокс – 500 мг внутрішньовенно; прозерин – 0,5 внутрішньом'язово; дигоксин 0,025 % – 1,0 внутрішньовенно; фуросемід – 1,0 х 3 рази внутрішньовенно.

Через 7 год після госпіталізації проведений консиліум діагностував у хворого розлитий перитоніт із вираженою інтоксикацією. За життєвими показаннями хворому виконано операцію: лапаротомію, резекцію здухвинної кишки, ілеостомію, санацію і дренажування черевної порожнини.

Під час операційного втручання у черевній порожнині виявлено близько 500,0 мутного геморагічного ексудату. На відстані 10 см від сліпої кишки і проксимально здухвинна кишка відірвана від брижі протягом 80 см, темно-багрового, а у кількох місцях – чорного кольору. Судини відірваної брижі тромбовані, ознак триваючої кровотечі не виявлено. У межах здорових тканин, відступивши 20 см проксимальніше і на 8 см від сліпої кишки, де здухвинна

кишка рожевого кольору, виконано резекцію некротизованої здухвинної кишки. Залишений дистальний відрізок здухвинної кишки заглушено, а проксимальний виведено на передню черевну стінку у вигляді кінцевої ілеостоми. Інших пошкоджень не виявлено. Черевну порожнину промито розчином декасану, просушено, дренажно поліхлорвініловими трубками у малий таз, фланки, під діафрагму з обох сторін.

Післяопераційний період перебігав тяжко. На 19-ту добу після операції хворий виписаний із стаціонару під нагляд хірурга за місцем проживання.

Через місяць госпіталізований у хірургічне відділення Одеської обласної клінічної лікарні для відновної операції. Після відповідної передопераційної підготовки та клініко-лабораторного й інструментального обстеження хворий був оперований. Операційний доступ – середньо-середина лапаротомія під багатокомпонентним ендотрахеальним наркозом. У черевній порожнині виражений злуковий процес. З технічними складнощами із злукового процесу виділена сліпа кишка, ідентифікований заглушений термінальний кінець здухвинної кишки, довжиною 5 см, життєспроможний, з достатньо вираженим кровопостачанням. Кінцева ілеостома видалена. Проведено резекцію термінального відділу проксимального кінця здухвинної кишки з його зашиванням двома напівкисетними та вузловими швами. Накладено ентеро-ентероанастомоз між дистальною та проксимальною частиною здухвинної кишки “бік у бік” з ушиванням вікна у брижі. До місця анастомозу підведено два

трубчастих дренажі, які виведено у правій здухвинній ділянці. Операційна рана та рана після ілеостоми пошарово зашиті.

У післяопераційному періоді хворий одержував антибіотики, інфузійну терапію з препаратами, які покращують гемодинаміку у зоні накладеного анастомозу (актовегін – 10,0 внутрішньовенно, трентал – 5,0 внутрішньовенно упродовж 7 діб). Профілактику тромботичних ускладнень проводили введенням у підшкірну клітковину передньої черевної стінки еноксапарину натрію 0,2 1–2 рази на добу протягом 7 діб. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Перистальтика з’явилась на третю добу після операції, тоді ж розпочато ентеральне зондове харчування “Берламін-Модуляром”. Пасаж кишкового вмісту проконтрольовано за допомогою рентгенологічного дослідження з барієвою сумішшю. Ознак кишкової непрохідності, недостатності накладеного анастомозу та баугінієвої заслінки не виявлено.

Нестандартний підхід у даному випадку полягав в утрудненій діагностиці закритої абдомінальної травми, що привело до втрати часу надання екстреної хірургічної допомоги, у виборі хірургічної тактики, яка полягала у накладанні кінцевої ілеостоми та санації черевної порожнини, а на відновному етапі – у накладанні латеро-латерального анастомозу між занадто коротким дистальним та проксимальним відділом здухвинної кишки, що дозволило запобігти необхідності виконання правосторонньої геміколектомії.

Отримано 28.03.13