

ТУПАЯ ТРАВМА ЖИВОТА С РАЗМОЗЖЕНИЕМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Батвинков Н. И. (batvinkov@yahoo.com), ²Камарец А. М. (akam-1@mail.ru),
²Сорока О. С. (Alehsoroka@icloud.com)

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

Введение. Малоизученной проблемой являются повреждения двенадцатиперстной кишки, особенно при тупой травме живота.

Цель: представить результат успешного лечения тяжелой травмы двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. В работе изложена тактика хирургического лечения тупой травмы живота с размозжением двенадцатиперстной кишки у пациента 28 лет. При лапаротомии установлен полный отрыв двенадцатиперстной кишки от головки поджелудочной железы с размозжением дуоденума на всем протяжении. Выполнена реконструктивная операция в собственной модификации с сохранением поджелудочной железы.

Результаты. В послеоперационном периоде отмечалось наружное желчеистечение по улавливающему дренажу. Выписан из клиники в удовлетворительном состоянии через 44 дня.

Выводы. Представленная модификация реконструктивной операции может быть успешно использована при размозжении двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, размозжение дуоденума, реконструктивная операция, выздоровление.

Хирургическое лечение повреждений двенадцатиперстной кишки является малоизученной проблемой, что обусловлено относительно редкой частотой указанной травмы в общей структуре повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства [2, 4, 6]. Особенно редко встречаются изолированные разрывы двенадцатиперстной кишки, клиническая картина которых зависит от нарушения целостности брюшины [1,7]. При внутрибрюшинном разрыве кишки уже в первые часы после травмы развивается так называемый синдром «острого живота», требующий срочного хирургического вмешательства. При забрюшинном разрыве двенадцатиперстной кишки некоторое время отсутствуют симптомы перитонита, боли носят неопределенный характер с локализацией в правом подреберье или правой поясничной области, что затрудняет диагностику патологического процесса и требует применения современных методов исследования (УЗИ, МСКТ, МРТ, лапароскопии). Летальность при обширных разрывах двенадцатиперстной кишки достигает 100% [3]. До сих пор отсутствует унифицированная хирургическая тактика у пациентов с данной патологией [5]. В более легких случаях достаточно простого ушивания дефекта стенки кишки с декомпрессией кишечника путем трансназальной аспирации. При тяжелых повреждениях двенадцатиперстной кишки используются различные реконструктивные вмешательства (выключение ее из пищеварения, формирование гастроэнтероанастомоза, гастропанкреатодуоденальная резекция).

Приводим наше наблюдение

Пациент К., 28 лет, поступил в отделение гепатологии, панкреатологии и трансплантации органов УЗ «Гродненская областная клиниче-

ская больница» 03.09.2016 в 18.00 в тяжелом состоянии. Из анамнеза установлено, что травму живота получил вследствие падения футбольных ворот. Пациент жаловался на боль в животе, выраженную слабость, кожные покровы бледноваты. Пульс 90 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Дыхание над легкими везикулярное. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации напряжен, резко болезненный. Кишечные шумы выслушиваются. Установлен диагноз: тупая травма живота. Срочно выполнено УЗИ брюшной полости, при котором патологических изменений не выявлено, свободная жидкость отсутствовала. На обзорной рентгенографии свободного газа в брюшной полости не установлено, отсутствовали также признаки повреждения грудной клетки. Общий анализ крови: лейкоциты – $15,45 \times 10^9$, эритроциты – $4,49 \times 10^{12}$, гемоглобин 150 г/л, анализ мочи без отклонения от нормы. Назначено консервативное лечение, однако через 3 часа появились интенсивные боли в животе с признаками раздражения брюшины, что потребовало экстренного хирургического вмешательства (А. М. Камарец). При лапароскопии обнаружена кровь в брюшной полости и обширная гематома в области сальниковой сумки и правого бокового канала. Произведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии в брюшной полости – около 300 мл жидкой крови, желудочно-ободочная связка пропитана кровью, отмечается обширная забрюшинная гематома по правому боковому каналу. Гематома распространяется в сторону ворот печени. Вскрыта сальниковая сумка. Признаков повреждения желудка и поджелудочной железы не выявлено. Однако при ревизии забрюшинной гематомы по ходу правого бокового канала выделялось до 200 мл крови с примесью дуоденального содержимого. Был диагностирован полный отрыв двенадцатипер-



Рисунок – Схема реконструктивной операции у пациента К.

1 – гастроэнтероанастомоз; 2 – еюнопанкреатоанастомоз; 3 – энтеро-энтероанастомоз; 4 – дренирование желчных протоков и зоны еюнопанкреатоанастомоза

стной кишки от головки поджелудочной железы с размождением кишки на всем ее протяжении и нарушением целостности питающих сосудов. Со стороны головки поджелудочной железы поступает панкреатический сок и желчь. Произведе-

дена холецистэктомия. При холедохотомии зонд проходит через ткань головки поджелудочной железы в области отрыва двенадцатиперстной кишки на уровне ее большого дуоденального сосочка с повреждением ампулы. В связи с полным размождением последней решено выполнить реконструктивную операцию, суть которой заключалась в следующем (рисунок). Произведена дистальная резекция желудка с удалением разможенной двенадцатиперстной кишки. Сформирован панкреатоенуноанастомоз по типу конец в конец, выполнена холедохотомия с антеградным наружным дренированием холедоха и зоны панкреатоенуноанастомоза с целью декомпрессии. Операция закончена наложением гастроенуноанастомоза с межкишечным по Ру. На третьи сутки послеоперационного периода отмечалось поступление желчи по улавливающему дренажу при отсутствии функционирования дренажной трубки, установленной по методу Керте. В связи с этим 07.09.2016 г. произведена релапаротомия с дренированием внепеченочных желчных протоков по Вишневному. Других осложнений не было. Выписан в удовлетворительном состоянии 14.10.2016 г.

26.10.2016 г. пациент осмотрен в клинике: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет.

Особенностью нашего случая является то, что была выполнена реконструктивная операция в собственной модификации с хорошим результатом, о чем доложено на заседании Гродненского областного общества хирургов 26 октября 2016 г.

Литература

1. Абакумов, М.М. Повреждения двенадцатиперстной кишки / М.М. Абакумов, Р.Н. Чирков // Издатель Бинум, 2014.
2. Иванов, П.А. Хирургическая тактика при травме двенадцатиперстной кишки / П.А. Иванов, А.В. Гришин // Хирургия, 2014. - №12. - С. 28-34.
3. Попов, В.В. Обширный разрыв двенадцатиперстной кишки / В.В. Попов, Ю.С. Винник, С.П. Мухин, В.Ф. Колыгаев, В.И. Сорокин // Вестник хирургии, 1994. - №7-12. - С. 55-56.
4. Цыбуляк, Г.Н. Ранения и травмы живота: современная диагностика, новые подходы в лечении / Г.Н. Цыбуляк, С.Д. Шейнов // Вестник хирургии, 2001. - №5. - С. 81-88.
5. Чирков, Р.Н. Клинико-морфологическое обоснование хирургического лечения пострадавших с разрывами двенадцатиперстной кишки при закрытой травме живота / Р.Н. Чирков, М.М. Абакумов, И.А. Дубровин // Хирургия, 2009. - №8. - С. 11-15.
6. Fang, J.F. Surgical treatment and outcome after delayed diagnosis of blunt duodenal injury / J.F. Fang // Eur. J. Surg., 1999. - Vol. 165. - №2. - P. 133-139.
7. Complex repair for the management of duodenal injuries / G. C. Velmahos [et al.] // Am. Surg. - 1999. - Vol. 65, № 10. - P. 972-975.

References

1. Abakumov, M. M. Povrezhdeniya dvenadcatiperstnoj kishki [Damage to the duodenum] / M. M. Abakumov, R. N. Chirkov. - M. : Izd-vo BINOM, 2014. - 150 s. (Russian)
2. Ivanov, P. A. Hirurgicheskaja taktika pri travme dvenadcatiperstnoj kishki [Surgical Management of duodenal injury] / P. A. Ivanov, A. V. Grishin // *Khirurgiya. Zhurn. im. N. I. Pirogova*. - 2004. - № 12. - S. 28-34. (Russian)
3. Popov, V. O. Obshirnyj razryv dvenadcatiperstnoj kishki [The vast gap duodenum] / V. O. Popov, Ju. S. Vinnik, S. P. Muhin // *Vestn. khirurgii im. I. I. Grekova*. - 1994. - T. 153, № 7-12. - S. 55-56. (Russian)
4. Cybuljak, G. N. Ranenija i travmy zhivota: sovremennaja diagnostika, novye podhody v lechenii [Injuries and abdominal trauma: current problems in diagnosis, new approaches to the treatment] / G. N. Cybuljak, S. D. Shejanov // *Vestn. khirurgii im. I. I. Grekova*. - 2001. - T. 160, № 5. - S. 81-88. (Russian)
5. Chirkov, R. N. Kliniko-morfologicheskoe obosnovanie hirurgicheskogo lechenija posttravavshih s razryvami dvenadcatiperstnoj kishki pri zakrytoj travme zhivota [Clinico-morphological substantiation of surgical treatment of patients with fractures of the duodenum at the closed trauma of the abdomen] / R. N. Chirkov, M. M. Abakumov, I. A. Dubrovin // *Khirurgiya. Zhurn. im. N. I.*

- Pirogova.* – 2009. – № 8. – С. 11-14. (Russian)
6. Fang, J.-F. Surgical treatment and outcome after delayed diagnosis of blunt duodenal injury / J.-F. Fang, R.-J. Chen, B.-C. Lin // *Eur. J. Surg.* – 1999. – Vol. 165, № 2. – P. 133-139. – DOI: 10.1080/110241599750007315.
7. Complex repair for the management of duodenal injuries / G. C. Velmahos [et al.] // *Am. Surg.* – 1999. – Vol. 65, № 10. – P. 972-975.

BLUNT ABDOMINAL TRAUMA WITH CRUSHING INJURY OF THE DUODENUM

¹*Batvinkov N. I.,* ²*Kamarec A. M.,* ²*Soroka O. S.*

¹ Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

² Health Care Institution "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus

Background. Injuries of the duodenum, due to blunt abdominal trauma, is still a poorly studied issue.

Purpose. To represent the results of successful treatment of severe trauma of the duodenum.

Material and methods. This study presents tactical approaches to surgical treatment of blunt abdominal trauma with disruption of the duodenum in 28-year-old patient. Complete transaction of the duodenum from the pancreatic head with the crushing injury of the duodenum along its length was diagnosed during laparotomy. Self-modified reconstructive surgery with preservation of the pancreas was performed.

Results. In postoperative period there was external leakage of bile by peritoneal drain. The patient was discharged from the hospital in good health after 44 days.

Conclusions. Presented modification of reconstructive surgery can be successfully used for disruption of the duodenum.

Keywords: duodenum, disruption of duodenum, reconstructive surgery, recovery

Поступила: 02.12.2016

Отрецензирована: 06.01.2017