

НАУКОВО-ДОСЛІДНА ГРУПА:

Бондаренко Олександр Миколайович

канд. мед. наук, лікар-хірург

Київська обласна клінічна лікарня, Україна

Дорошенко Станіслав Володимирович

доцент кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Пархоменко Марина Всеволодівна

доцент кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Бондаренко Микола Дмитрович

доцент кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

УДОСКОНАЛЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Актуальність. Пошкодження дванадцятипалої кишки (ДПК) займають особливу сторінку хірургії в зв'язку з важкістю їх діагностики, післяопераційними ускладненнями 50-70% [1], та високою післяопераційною летальністю 30-60% [1]. Вони зустрічаються як при закритих, так і при відкритих травмах живота. Найбільш часто це дорожньо-транспортні пригоди (ДТП), побутові травми (удар в живіт, падіння з висоти). Особливе місце займають бойові вогнепальні та мінно-вибухові травми. Як правило, вони часто бувають поєднані.

Матеріали і методи. За останні 5 років до хірургічних відділень Київської області доставлено 18 хворих з травматичними пошкодженнями ДПК. З них тільки 5 хворих включені в матеріали роботи, що по Міжнародній класифікації пошкоджень ДПК - (Abbreviated Injury Scale (AIS) 1990 р) відповідали 3 градації [2]. За шкалою це - пошкодження більше 50-75% периметру низхідного відділу ДПК, або 50-100% розриву в інших відділах. У 2-х хворих пошкодження ДПК були поєднані з розривом передньої і задньої стінок воротарної частини шлунку, у одного повний відрив шлунку на рівні цибулини ДПК. У нашому випадку хворі, які були доставлені в стаціонар в першу годину після травми, не мали ознак перитоніту. Проте 2-х доставлено з ознаками шоку. Враховуючи характер хірургічної допомоги окрім травматичних ушкоджень ДПК в роботу включено 3 випадки перфорації задньої стінки низхідного (заочеревинного) відділу ДПК. Ці хворі поступили з запізненням і мали клінічні ознаки флегмони заочеревинного простору. За даними літератури хворі з клінікою перфорації ДПК поступають на 4 - 6 добу, так як в першу добу у них нерідко немає явних клінічних ознак [3].

Для порівняння провели ретроспективне дослідження 10 випадків надання хірургічної допомоги 10 хворим з важкими пошкодженнями ДПК: із них у 2 випадках травматичне поранення побутового характеру, 5 – ДТП і у 3 – низькі перфорації ДПК.

Результати. Клінічна картина при травматичному пошкодженні відповідала «перфоративному» перитоніту з ознаками шоку, явищами гіповолемії. Хворі скаржилися на сильний біль в епі-мезогастральних ділянках живота, фебрильну температуру, диспептичні явища. Після протокольного обстеження призначали оперативне втручання. February 26, 2021 | Athens, Hellenic Republic | Collection of scientific papers «SCIENTIA»

Хворим з явищами шоку проводили протишокове консервативне доопераційне лікування. Операція була направлена на виконання традиційних етапів втручання: зупинка кровотечі, видалення нежиттєздатних тканин, детальна інтраопераційна ревзія з мобілізацією ДПК за Кохером-Клермоном (з голівкою pancreas), ретельна ревзія наявних гематом. Основним моментом операції залишається дуоденорафія. Від того наскільки повноцінно буде ушита травмована стінка ДПК залежить результат втручання. Для контролю герметичності швів ми проводили пробу на герметичність введенням забарвленої рідини через назо-гастро-дуоденальний зонд без надмірного тиску. В усіх наших випадках шви були герметичні, але сумніви залишалися, через натяг внаслідок значного дефекту стінки, інтрамуральних гематом, та наявного запального процесу. З метою декомпресії ДПК ми відмовилися від інтубації її, т.я. компресія в кишці залишається. Замість інтубації пропонуємо виключити ДПК з пасажу. Для цього виконували дистальну передню ваготомію (патент України [4]), яка полягала в пересіченні дистальної частини (гусиної лапки) n.Latarge, яка відповідає за парасимпатичну іннервацію воротаря шлунку. При пересіченні нервових волоконець n.Latarge симпатична складова призводить до стійкого спазму воротаря. Це дає змогу виключити транзитну функцію ДПК. Для забезпечення пасажу шлункового вмісту накладається гастроентероанастомоз. Нашими дослідженнями встановлено, що такий спазм воротаря може триматися 2-3 тижні. Це достатній час для загоєння ран стінки ДПК.

Висновок. Після проведеного хірургічного лікування 6 хворих виписано зі стаціонару на 14-20 добу в задовільному стані. Один хворий перебував тривалий час через ускладнення, яке сталося внаслідок травматичного пошкодження a. colica med., що призвело до некрозу стінки поперечно-ободової кишки, Один хворий з побутовою травмою ДПК помер на 28 добу від хронічної ниркової недостатності. На секції шви ДПК- спроможні. В порівнянні з контрольною групою, де летальність була 43%, можна констатувати переваги запропонованої методики лікування значних дефектів ДПК.

Список використаних джерел:

1. А.Г.Хасанов, Р.М.Матигулин, С.Х.Бакиров, С.С.Нигматзянов, А.Ф.Бадретдинов. (2015) Хирургическая тактика при закрытой дуоденальной травме// Вестник экспериментальной и клинической хирургии. VIII: 1..С.69-74.
2. Moore E.E. Cogbill T.H. Malangoni M.A. et al. (1990). Organ injuri scaling II: pancreas, duodenum, small bowel, colon and rectum// Trauma/-. Vol.30 № 11. P.1427- 1429.
3. Михайлов А.П.,Сигуа Б.В. Данилов А.М. Напалков А.Н. (2007) Повреждения двенадцатиперстной кишки (клиника, диагностика, лечение). Вестник хирургии.-. № 6.-С-36-40.
4. Патент на винахід №116397 «Спосіб хірургічного лікування пошкоджень дванадцятипалої кишки» Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на винаходи 12.03.2018