

УДК 616.342-089-001.41

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В.Г. Стенько, Б.Л. Гаврилик, Е.А. Минюк, Н.Ф. Клименко

Гродненский государственный медицинский университет

ГКО «Скорая медицинская помощь» г. Гродно

Повреждения двенадцатиперстной кишки встречаются в практике хирурга очень редко (1,7%), это связано со сравнительно небольшими размерами органа, глубоким расположением, защищенностью мышцами и соседними органами спереди и телами позвонков сзади (1). Разрывы двенадцатиперстной кишки, как правило, поздно распознаются, иногда даже во время ревизии органов брюшной полости уточнение повреждения кишки представляет трудности. Травматические повреждения двенадцатиперстной кишки сопровождаются высокой летальностью до 50% (2). При травме может размокнуть стенка двенадцатиперстной кишки с образованием интрамуральной гематомы, что может привести к позднему некрозу ее (2).

Учитывая вышеизложенное, считаем необходимым привести следующее наблюдение.

Пациентка П., 26 лет, и.б. 4877 доставлена в хирургическое отделение ГКО БСМП г. Гродно машиной скорой помощи через 24 часа от начала заболевания в состоянии алкогольного опьянения с диагнозом острый аппендицит. При поступлении состояние расценено как среднетяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 100 ударов в минуту слабого наполнения и напряжения. АД 120/70 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот несколько вздут, резко болезненный во всех отделах. Симптом раздражения брюшины положительны. Кишечные шумы ослаблены, выслушиваются глухо. В приемном покое осмотрена хирургом и с диагнозом «распространенный перитонит на почве острого воспалительного процесса придатков матки» пациентка госпитализирована в отделение гинекологии.

Анализ крови: Нв - 144 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}$ /л; Л - $6,8 \times 10^9$ /л; п - 16%; с - 67%; л - 15%; м - 2%; СОЭ - 4 мм/ч.

Анализ мочи: удельный вес - 1020; лейкоциты - 8 - 10 в поле зрения; измененные эритроциты - 2 - 3 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий белок - 70 г/л; сахар - 7,2 ммоль/л; билирубин - 27,9 ммоль/л; креатинин - 74 ммоль/л; мочевины - 5,4 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: матка в ante flexio, размеры 39x35x29 мм; эхоструктура однородная; полость матки ровных контуров, чистая. Яичники размеры: OD - 31x12 мм, OS - в виде двухкамерного жидкостного образования 27x15 мм. В заднем своде визуализируется огромное количество густой свободной жидкости.

После кратковременной предоперационной подготовки пациентка оперирована гинекологами, которые патологии со стороны матки и придатков не нашли. В операционную приглашен хирург. При дальнейшей ревизии установлено, что в области края брыжейки поперечно-ободочной

кишки вокруг двенадцатиперстной кишки имеется инфильтрат, распространяющийся на забрюшинное пространство. Здесь же наложения фибрина, множество отдельных гнойников. Снаружи от двенадцатиперстной кишки под париетальной брюшиной - студенистый геморрагический отек. Выпот взят для исследования на диастазу - 1264 г/л при норме до 304 г/л. Вскрыта сальниковая сумка, поджелудочная железа отечна больше в области головки. По нижнему краю головки некроз и флегмона забрюшинной клетчатки. Двенадцатиперстная кишка мобилизована по Кохеру из забрюшинного пространства удалены некротические массы и гной. Брюшная полость промыта раствором фурацилина, осушена, дренирована (малый таз, забрюшинное пространство). В забрюшинное пространство подведены два марлевых тампона, один в сальниковую сумку.

Диагноз после операции «острый головчатый посттравматический панкреатит, флегмона забрюшинной клетчатки. Распространенный гнойно-геморрагический перитонит. Гнойный параколит. Хронический двухсторонний сальпингит. Гидросальпингс справа».

Утром при осмотре пациентки в отделении реанимации обратило внимание на себя окрашивание тампонов желчью.

С диагнозом «травматический разрыв двенадцатиперстной кишки» пациентка оперирована повторно. Во время релапаротомии (проф. В.Г. Стенько) диагностирован разрыв нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки (верхне-медиальный участок ее, прилежащий к головке поджелудочной железы) диаметром около одного сантиметра. Дефект двенадцатиперстной кишки ушит двухрядным швом (викрил № 3). Брюшная полость промыта раствором фурациллина, осушена. К месту ушитого дефекта подведен тампон и дренажная трубка. Выполнена назогастроинтестинальное зондирование до илеоцекального угла трехпросветным силиконовым зондом.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка получала антибактериальную, инфузионную терапию. Неоднократно проводились сеансы гемосорбции и УФО крови. Назогастроинтестинальный дренаж удален на 6-е сутки.

Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии, на 24 сутки после первой операции. Перед выпиской пациентка созналась, что освободилась в конце февраля 2004 г. из заключения, состоит на учете в наркодиспансере как наркоман и алкоголик, за 3 дня до поступления в стационар была избита сожителем.

Литература

1. Козлов И.З., Горшков С.З., Волков В.С. Повреждения живота. М.: Медицина. - 1988. С. 127 - 132.
2. Нидерле Б. Экстренные специальные оперативные вмешательства. - Прага. - 1984. - С. 157.