

ВИПАДКИ ЗАОЧЕРЕВИННИХ ПОШКОДЖЕНЬ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ

*Б.М.Боднар, Л.Ю.Мельник, В.Л.Брожник, О.Б.Боднар, В.В.Горячев,
С.В.Шестобуз, Є.М.Микитинський*

Кафедра дитячої хірургії (зав. – проф. Б.М.Боднар) Буковинської державної медичної академії

Травма органів заочеревинного простору у дітей – одна з найскладніших проблем дитячої хірургії. Так, до вельми тяжкої патології належить ушкодження заочеревинної ділянки дванадцятипалої кишки (ДПК) [1]. Діагностика заочеревинних розривів ДПК основана на факті травмування живота в проекції ДПК, розвитку ретроперитоніту, який спричиняє тяжкий токсико-вегетативний шок [2]. Пошкодження ДПК не завжди діагностуються навіть під час операції. Особливо утруднена діагностика, коли заочеревинні розриви ДПК поєднанні з пошкодженнями інших органів черевної порожнини. Виявивши будь-який уражений орган і пояснивши клінічну симптоматику, хірург часто-густо не проводить ревізію ДПК [3]. Проте наявність гематоми у підпечінковій сумці або брижі поперекової ободової кишки, особливо в поєднанні з жовчним просоченням заднього листка пристінкової очеревини та емфіземою заочеревинного простору, може бути ознакою заочеревинного пошкодження ДПК [4]. Знехтування ревізією подібних гематом неприпустиме. Наводимо наше спостереження.

Хлопчик В., 7 років, потрапив у клініку зі скаргами на біль у животі, нудоту, багаторазову блювоту. Добу тому впав із санок під час спускання з гірки.

Прооперований з приводу перитоніту. Післяопераційний діагноз: флегмонозний апендицит, дифузний гнійний перитоніт. Через добу стан хворого погіршився. Під час ревізії після релапаротомії виявлено невеличкі гематоми в корені брижі тонкої кишки та брижі поперечної ободової кишки. Заочеревинний простір і права половина брижі поперечної ободової кишки просякнуті жовчю.

Правим інфразаклічним доступом оголено нижню (горизонтальну) частину ДПК, на передньонижній поверхні якої виявлено розрив кишкової стінки. Рана зашита дворядним швом. Накладено передній гастроентероанастомоз з ентоентероанастомозом Брауна. Очеревинна порожнина дренована через попередній апендикулярний доступ. Заочеревинний простір дреновано через правий поперековий доступ.

Післяопераційний період без ускладнень, хворий виписаний у задовільному стані.

У другому випадку діагностовано розрив нижньої частини ДПК. Наводимо наше спостереження.

Хлопчик С., 7 років, госпіталізований зі скаргами на біль у животі, багаторазову блювоту, підвищену температуру тіла до 38°C, загальну слабкість. Півтори доби тому ударився животом об санки. Об'єктивно: стан дуже тяжкий, шкірні покриви бліді з сірим відтінком, температура тіла 38°C, пульс 160 уд/хв, АТ 90/60 мм рт. ст. Тони серця приглушені, в легенях везикулярне дихання.

Живіт здутий, відстає в акті дихання, напружений у всіх ділянках, болучий. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Перистальтика кишечника не вислуховується. Печінкова тупість збережена. Діагноз: закрита травма живота, розрив кишечника, перитоніт.

Після середньої лапаротомії в очеревинній порожнині виявлено велику кількість рідини коричневого кольору. Права половина поперечної ободової кишки, її брижа, сальникова сумка, парапанкреатична клітковина та окремі ділянки брижі тонкої кишки просочені жовчю і гноєм.

ДПК мобілізована методом Кохера, після чого виявлено перфорацію її низхідної частини. Із-за вираженого запалення та заочеревинної флегмони зашити рану складно. Введено назогастральний зонд дистальніше перфорації. Накладено передній гастроентероанастомоз на короткій петлі. Заочеревинний простір дреновано через правий поперековий доступ. Очеревинна порожнина дренована через контрапертуру в правій боковій ділянці.

Перебіг післяопераційного періоду дуже тяжкий. Свищ ДПК заклався через один місяць. Пацієнт оглянутий через 5 років. Будь-які скарги, ускладнення відсутні.

Наведені клінічні спостереження розривів заочеревинних ділянок ДПК характеризуються різними доступами до них та накладанням гастроентероанастомозів з метою профілактики ранніх (неспроможність швів) та пізніх (дуоденостаз, стеноз, панкреатит) ускладнень [3].

Зазвичай хірурги послуговуються лише доступом Кохера до заочеревинних ділянок ДПК [4, 5]. Проте кожен частину ДПК можна оголювати конкретними доступами [6]: низхідну частину – доступом Кохера, нижню – інфразоколичним справа від зв'язки Трейтца, висхідну – інфразоколичним зліва від зв'язки Трейтца.

Висновки. 1. Наявність гематоми підпечінкової сумки, печінково-дванадцятипалої зв'язки, брижі поперечної ободової кишки є показанням для ревізії заочеревинних ділянок дванадцятипалої кишки. 2. Під час оперативного лікування заочеревинних розривів дванадцятипалої кишки з метою профілактики ускладнень доцільно накладати гастроентероанастомоз і дренувати заочеревинний простір. 3. Інфразоколичний доступ забезпечує адекватне оголення заочеревинних ділянок нижньої та висхідної частин дванадцятипалої кишки.

Література

1. Пахомова Г.В., Кифус Ф.В., Бурдыга Ф.А. и др. Послеоперационное лечение нагноений забрюшинной клетчатки у больных с травмой желудочно-кишечного тракта // Хирургия. – 1998. – № 5. – С. 33-35.
2. Новиков А.С., Уракчеев Ш.К., Богданов С.В. Повреждения двенадцатиперстной кишки // Вест. хирургии. – 1998. – № 6. – С. 49-53.
3. Уракчеев Ш.К. Хирургическая помощь при повреждениях двенадцатиперстной кишки // Вест. хирургии. – 1998. – № 3. – С. 49-53.
4. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. – К.: Здоров'я, 1987. – 568 с.
5. Мороз П.М., Юрман Е.А., Король А.Е. Диагностика и лечение закрытых внебрюшинных разрывов двенадцатиперстной кишки // Вест. хирургии. – 1983. – № 4. – С. 121-124.
6. Нидерле Б. и др. Экстренные специальные оперативные вмешательства. – Прага: Авиценум, 1985. – 241 с.

ВИПАДКИ ЗАОЧЕРЕВИННИХ ПОШКОДЖЕНЬ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ

Б.М.Боднар, Л.Ю.Мельник, В.Л.Брожик, О.Б.Боднар, В.В.Горячев, С.В.Шестобуз, Є.М.Микитинський

Резюме. Пошкодження заочеревинних частин дванадцятипалої кишки (ДПК) в дітей трапляються досить рідко. Наведено 2 випадки з клінічної практики успішного лікування заочеревинних пошкоджень ДПК у дітей з використанням доступу Кохера та інфразоколичного доступу.

Ключові слова: діти, пошкодження дванадцятипалої кишки, оперативне лікування.

CASES OF RETROPERITONEAL INJURIES OF THE DUODENUM IN CHILDREN

B.M.Bodnar, L.Yu.Melnyk, V.L.Brozhyk, O.B.Bodnar, V.V.Goriachev, S.V.Shestobuz, Ye.M.Mykitynskyi

Abstract. Damage of the retroperitoneal portion of the duodenum in children occurs very seldom. The authors present 2 cases of the duodenal retroperitoneal portion in children by employing Cocher's approach and the right inframesocolic approach.

Key words: children, duodenum, surgical treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 02.06.2003 р.