

СОЧЕТАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И АОРТЫ ПРИ РАНЕНИИ ЖИВОТА

Б.Р. ИСХАКОВ¹, А.А. АЛИЖАНОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ², Ш.Б. РОБИДДИНОВ¹, М.С. СОБИТХАНОВ¹

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

COMBINED DAMAGE TO THE STOMACH, DUODENUM, PANCREAS AND AORTA WITH ABDOMINAL INJURY

B.R. ISKHAQOV¹, A.A. ALIJANOV¹, N.B. ISHAKOV², SH.B. ROBIDDINOV¹, M.S. SOBITHANOV¹

¹Namangan branch of Republican research center of emergency medicine, Namangan, Uzbekistan,

²Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.

Представлен случай успешного хирургического лечения 22-летней женщины с ранением живота с сочетанным повреждением желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы и аорты. Больной выполнено вскрытие и удаление напряженной забрюшинной гематомы, ушивание дефекта брюшной аорты, сквозных ран пилороантрального отдела желудка и нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, ушивание раны поджелудочной железы и брыжейки поперечно ободочной кишки. Дополнительно наложен передний гастроэнтероанастомоз с Браунским соустьем, с заглушкой ДПК по Шалимову. Успеху операции способствовала быстрая диагностика сосудистого повреждения и остановка кровотечения.

Ключевые слова: ножевое ранение, желудок, двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа, брюшная аорта, забрюшинная гематома, хирургическое лечение.

The case of successful surgical treatment of a 22-year-old woman with abdominal injury with combined damage to the stomach, duodenum, pancreas and aorta is presented. The patient underwent autopsy and removal of a strained retroperitoneal hematoma, suturing of a defect of the abdominal aorta, through wounds of the pyloroantral part of the stomach and the lower horizontal part of the duodenum, suturing of a wound of the pancreas and mesentery of the transverse colon. Additionally, an anterior gastroentero-anastomosis was applied with a Brownian anastomosis, with a Shalimov plug of the DPC. The success of the operation was facilitated by the rapid diagnosis of vascular damage and stopping bleeding.

Keywords: knife wound, stomach, duodenum, pancreas, abdominal aorta, retroperitoneal hematoma, surgical treatment.

00000000000000000000000000000000

Введение

Повреждения живота при сочетанной травме – одна из самых сложных проблем неотложной хирургии. Научный интерес к этой проблеме возник в основном в последние два десятилетия в связи со значительным ростом летальности по сравнению с изолированной травмой. Наиболее частыми причинами повреждения брюшной аорты и ее ветвей являются проникающие ранения колото-режущими предметами и огнестрельная травма военного и мирного времени, которые составляют до 90% всех повреждений сосудов этой зоны [1, 2].

Все виды сочетанных травм при ориентации на ведущее повреждение могут быть отнесены к одной из семи групп: 1-я группа – сочетанная черепно-мозговая травма, 2-я группа – сочетанная травма спинного мозга, 3-я группа – сочетанная травма груди, 4-я группа – сочетанная травма живота и органов забрюшинного пространства, 5-я группа – сочетанная травма опорно-двигательного аппарата,

6-я группа – сочетанная травма двух и более полостей, 7-я группа – сочетанная травма без ведущего повреждения [1, 2, 3].

Повреждения аорты относятся к разряду наиболее тяжелых травм и сопровождаются высокой летальностью на догоспитальном этапе (по данным различных авторов, от 83,4 до 92,5%) [4].

Первое успешное ушивание раны восходящей аорты выполнил И.И. Джанелидзе в 1913 г. Позже А. Blalock, D. Elkin, E. Beattie и D. Greer публиковали подобные работы. Очевидно, эта хирургическая проблема крайне редко встречается в жизни каждого хирурга. Количество таких публикаций невелико [5].

Несмотря на современные достижения диагностических технологий, развитие хирургической техники, анестезиологии и интенсивной терапии, фармакологии, до настоящего времени однозначного решения проблемы диагностики и лечения сочетанных абдоминальных травм не существует. Это обусловлено как с большой частотой числа

осложнений, так и сохраняющейся высокой летальностью, и инвалидностью, без тенденции к снижению.

Описание клинического случая

Больная О.М., 22 года, история болезни № 15450/2816 переведена из Уйчинского РМО в реанимационный зал приемного отделения Наманганского филиала РНЦЭМП 16.08.2021г, в тяжелом состоянии с жалобами на наличие раны и кровотечение передней брюшной стенки, прогрессирующую слабость. Из анамнеза выяснено, что больная 2 ч назад, в результате бытовой ссоры с суицидальной целью нанесла себе удар кухонным ножом в живот. Больная заторможена. Кожный покров резко бледен. Пульс на периферических артериях слабого наполнения и напряжения, 96–100 уд/мин, АД 90/60 – 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Язык суховат. В мезогастральной области, на 5 см выше пупка и 3 см слева от белой линии живота имеется рана около 2,5×1,0 см, края ровные, углы острые, кровотечение из нее умеренное (рис. 1).

Живот умеренно напряжен, при пальпации болезнен вокруг раны и в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины сомнительные. При пальпации печень и селезенка не выступают из реберных дуг. Стул и мочеиспускание регулярные.

УЗИ брюшной полости № 13368: Печень не увеличена, внутрипеченочные желчные ходы не расширены. Эхогенность паренхимы печени обычная. Желчный пузырь 7,8×2,5 см, стенки – 0,3 см, просвет эхопрозрачный. Холедох не расширен – 5 мм. Незначительная свободная жидкость под правой долей печени. Пневматоз кишечника.

При рентеноскопии органов грудной клетки и брюшной полости № 6826: Легкие и сердце без патологии. В брюшной полости признаки свободного газа не было выявлено. Больная была осмотрена кардиологом и реаниматологом. Установлен назогастральный зонд, катетеризован мочевого пузыря. Нв – 58,0 г/л; Эр – 2,41×10¹²/л; ПТИ 87%.

Установлен предварительный диагноз: Проникающее ножевое ранение живота. Повреждение органов брюшной полости. Посттравматический и постгеморрагический шок 1 ст. Суицидальная попытка самоубийства.

Учитывая тяжесть состояния, через 15 мин после поступления больная передана в операционный блок.



Рис. 1. Входное отверстие ножового ранения

Произведена лапаротомия. В брюшной полости около 500 мл крови со сгустками. Входное отверстие раны находится 5 см выше пупка и 3 см слева от белой линии живота. Размеры раны 2,5×1,0 см, с ровными краями, острыми углами. Рана зияет и кровоточит. Направление раневого канала спереди назад, слева направо и снизу вверх (рис. 2).

При ревизии органов брюшной полости была выявлена обширная напряженная распространенная до малого таза, головки ПЖЖ и обеих паранефральных клетчаток забрюшинная гематома с эмфиземой и крепитацией (рис. 3).

Над гематомой в брюшине отмечается рана в косоперечном направлении 1,0×0,5 см. С подозрением на повреждение крупных сосудов приглашен в операционную сосудистый хирург. При вскрытии брюшины и ревизии ге-

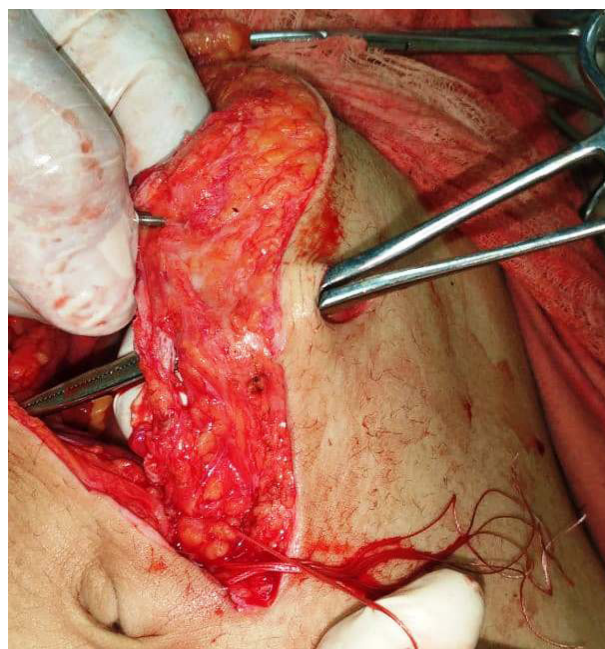


Рис. 2. Направление раневого канала брюшной стенки

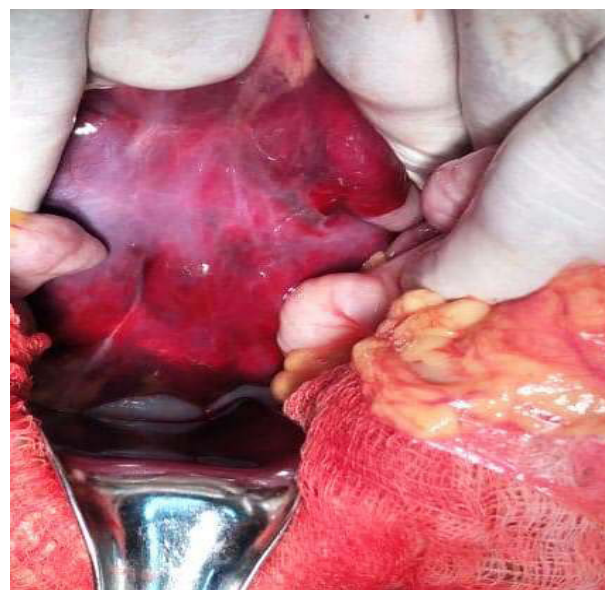


Рис. 3. Обширная центральная забрюшинная гематома

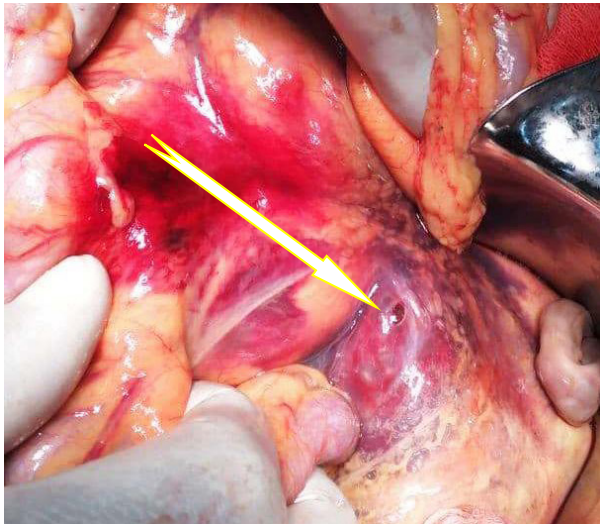


Рис. 4. Обширная гематома и эмфизема забрюшинной клетчатки. Входное отверстие 1,0×0,5 см указано стрелкой.

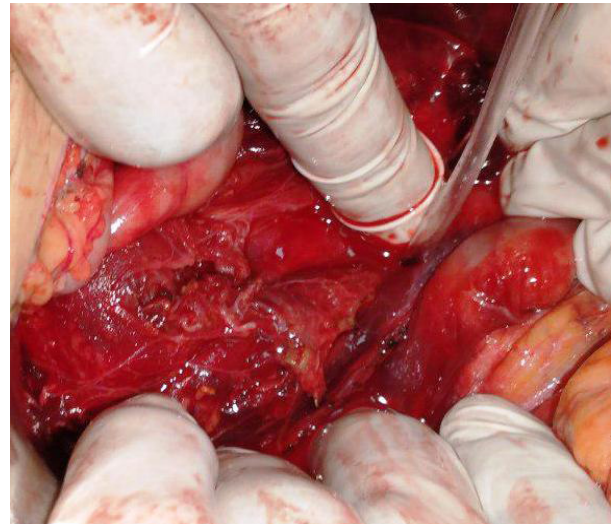


Рис. 5. Этапы ревизии забрюшинной гематомы, мобилизуя аорты с пальцевым прижатием

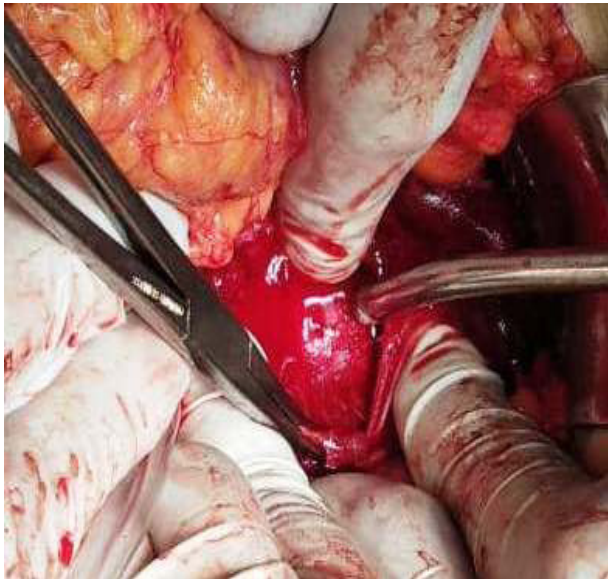


Рис. 6. Этапы ревизии забрюшинной гематомы, мобилизуя аорты с пальцевым прижатием. Найдено ранение передней стенки брюшной аорты

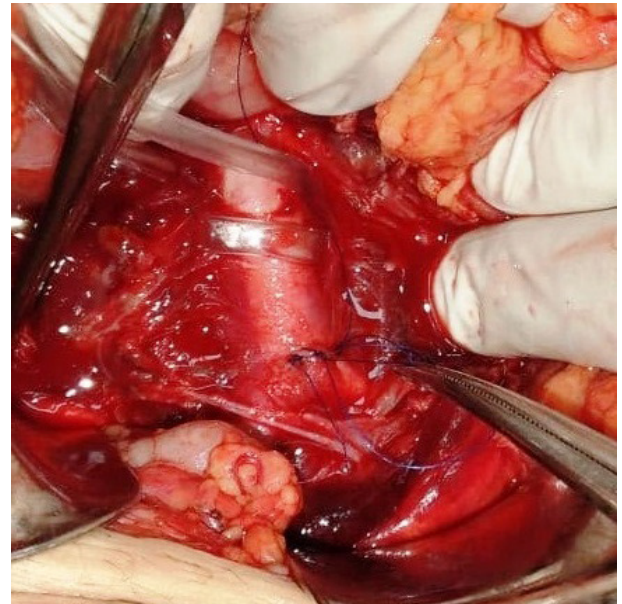


Рис. 7. Наложен непрерывный сосудистый шов на рану аорты

матомы в аорте 2,5 см выше бифуркации отмечено интенсивное поступление алой крови (рис. 5). Рану на передней стенке аорты размерами 0,5×0,3 см удалось укрыть пальцевым прижатием (рис. 6).

Брюшной отдел аорты мобилизован. Выше и ниже места повреждения наложены зажимы Сатинского. Наложен непрерывный сосудистый шов на рану аорты атравматической иглой (пролен 5/0) (рис. 7). Время пережатия аорты 3,5–4 мин.

К ране аорты подведен трубчатый силиконовый дренаж, выведенный в левой поясничной области. Достигнут стойкий хирургический гемостаз. Из забрюшинного пространства (ЗБП) частично удалена гематома. Прогрессирование гематомы нет. Кровотечения нет.

Интраоперационный объем кровопотери составил около 800 мл. Интраоперационная инфузия составила более 3000,0. Гемотрансфузия – 300,0, Плазматрансфузия – 600,0. А/Д поднялось от 70/50 мм рт.ст. до 110/60 мм рт.ст.

При дальнейшей ревизии брюшной полости по передней стенке пилороантрального отдела желудка имеется рана 1,5×0,5 см с выделением желчи, рана ушита двухрядными швами. После мобилизации желудочно-ободочной связки и ревизии ПЖЖ выявлена гематома в области головки. На задней стенке пилороантрального отдела желудка имеется дефект (сквозное ранение) 1,5×0,5 см, который ушит двухрядными швами. Наложен атравматический гемостатический шов на рану (1,0×0,5×0,5 см с кровотечением) по нижнему контуру головки ПЖЖ.

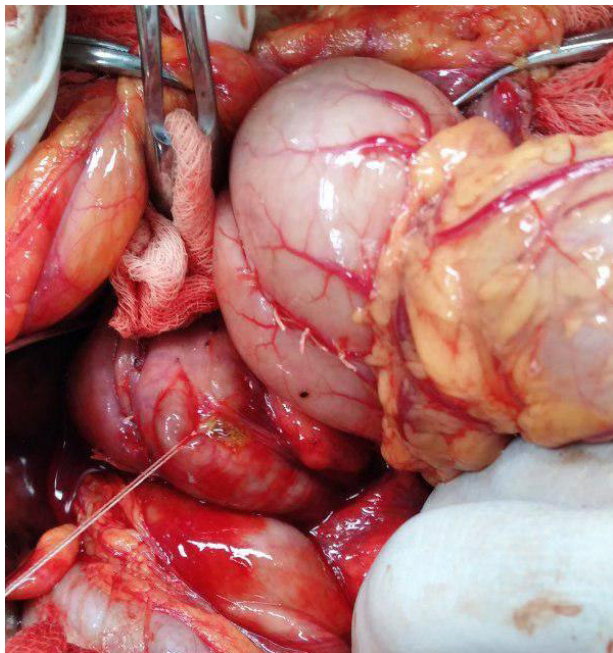


Рис. 8. Поэтапное ушивание сквозных ранений желудка, ДПК и ПЖЖ

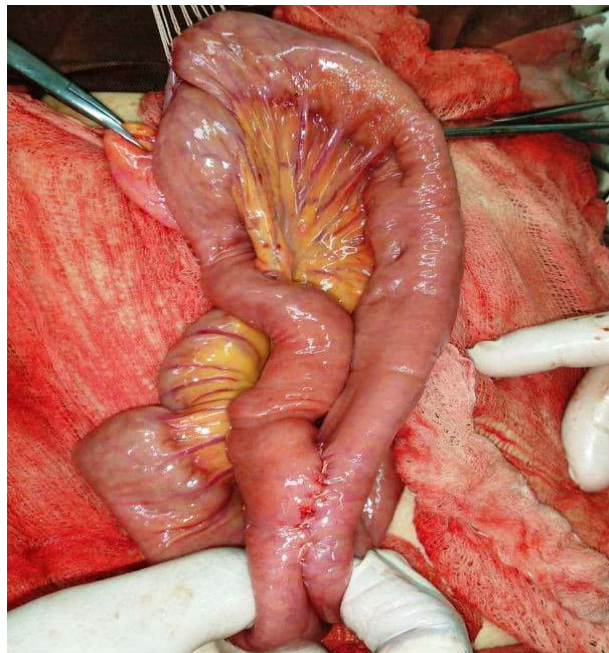


Рис. 9. Наложен передний гастроэнтероанастомоз с Браунским соустьем

Из-за крепитации и эмфиземы в ЗБП с подозрением на повреждение ДПК была мобилизована последняя по Кохеру. При зоне переходе нисходящего нижней горизонтальной отдел отмечено сквозное ранение с размерами дефекта 1,0×0,5 см, которые ушиты двухрядными швами. Герметизация ушитых сквозных ран желудка, ДПК удовлетворительная (рис. 8). Рана брыжейки поперечно-ободочной кишки (4×2 см) ушита.

С целью профилактики несостоятельности ушитых сквозных ран ДПК был наложен передний гастроэнтероанастомоз с Браунским соустьем и с заглушкой ДПК по Шалимову. (рис. 9). Проходимость и герметичность анастомозов удовлетворительные. Желудочный зонд установлен ниже уровня Браунского анастомоза для раннего энтерального питания. При дальнейшей ревизии печени, селезенки, тонкой и толстой кишки признаки повреждений не найдены. Брюшная полость промыта, теплым раствором антисептиков. Установлены силиконовые дренажи в малый таз и через отверстие Винслора в сальниковую сумку. Лапаротомная рана зашита наглухо. Произведена первичная хирургическая обработка раны передней брюшной стенки.

Название операции: Верхнесрединная лапаротомия. Ревизия органов брюшной полости. Вскрытие и удаление напряженной гематомы ЗБП. Ушивание раны брюшной аорты. Гемостаз.

Ушивание сквозных ран пилороантрально отдела желудка и сквозных ран нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки. Ушивание раны ПЖЖ и брыжейки поперечно-ободочной кишки.

Наложение переднего гастроэнтероанастомоза с Браунским соустьем, с заглушкой ДПК по Шалимову. Назоинтестинальная интубация. Санация и дренирование брюшной полости.

Лабораторные анализы: Общий анализ крови: Нв – 58 – 66–72 г/л, эр. – 2,5–3,4×10¹²/л, цв. пок. – 0,7, лейкоц. – 14,0–12,3–9,8×10⁹/л, п. – 4%, с. – 65%, лимф. – 28%, мон. – 3%, СОЭ – 9 мм/ч. Общ. белок – 52,8 г/л, глюкоза в крови – 4,0, мочевины в крови – 7,5 ммоль/л, билирубин: общ. –

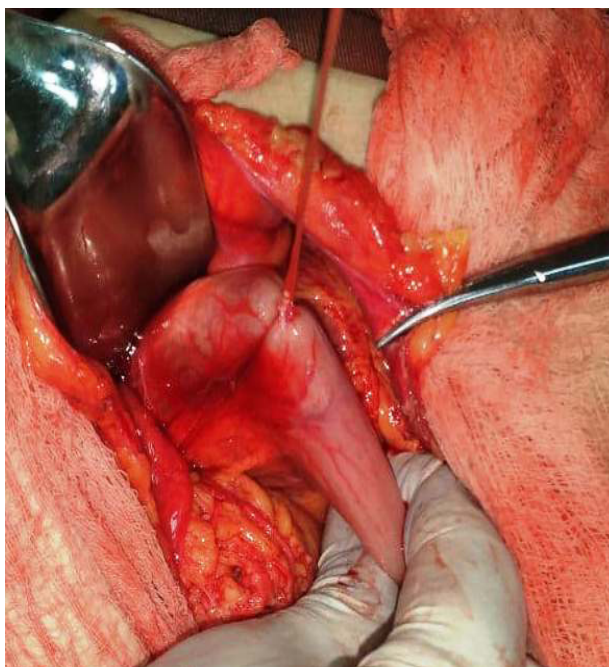


Рис. 10. Этапы выключения ДПК с заглушкой по Шалимову

15,9 ммоль/л, прямая фракция – авс. Амилаза в крови – 107, в моче – 32 ед. Свертываемость крови: начало – 3,12, окончание – 3,25 с, время рекальцификации 110–70,0 с, тромботест V–VI ст., этаноловый тест – отр., фибриноген – 4,88 г/л, Нт – 33–35%. МНО – 1,28; ПТИ – 87%. Общий анализ мочи: к-во – 70,0; цвет – соломенно желтый; прозрачность – прозрачная; удельный вес 1016–1020, белок – абс. Лейкоциты – 7–10. Остальные показатели в пределах нормы.

Больная проконсультирована психиатром: вывод – острое психическое расстройство не выявлено. Исходя из обстоятельств незавершенное суицидальное состояние.

Заключительный диагноз: Проникающее колото-резанное ножевое ранение живота. Множественные, сочетанные ранения органов брюшной полости и органов забрюшинного пространства (ЗБП). Сквозное ранение пилороантрального отдела желудка. Сквозное ранение нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки (ДПК). Резаное ранение брыжейки поперечно ободочной кишки. Резаное касательное ранение поджелудочной железы (ПЖЖ) с гематомой. Колото-резанное ножевое ранение брюшного отдела аорты с большой, напряженной центральной гематомой ЗБП. Гемоперитонеум – 800 мл.

Осложнение: Посттравматический и постгеморрагический шок 2 степени. Острая постгеморрагическая анемия.

Сопутствующий диагноз: суицидальная попытка самоубийства, незавершенное суицидальное состояние.

В послеоперационном периоде проводили интенсивную инфузионно-трансфузионную терапию (плазматрансфузия 600,0 и гемотрансфузия – 450,0), антибиотикотерапию, симптоматическое лечение. Дренажи из брюшной полости были удалены на 5–6 сутки. Энтеральное питание через зонд начинали с 3-е сутки. Кожные швы сняли на 7-е сутки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки от момента поступления.

Отдаленные результаты лечения пациентки прослежены в течение 1-го месяца. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет.

Мы считаем, что в описанном наблюдении очень удачно сложились обстоятельства. Во-первых, пациент не умер на месте происшествия от кровопотери. Во-вторых, после поступления в стационар по месту жительства при наличии такого повреждения передней стенки брюшной аорты, к счастью, никто не пытался удалить нож.. В-третьих, непосредственно линейный дефект стенки аорты в длину составил до 1,5 см, что явилось благоприятным условием для выполнения пальцевого прижатия и дальнейшего ушивания раны.

Заключение

Все же, несмотря на все технические трудности, благодаря слаженной работе дежурной бригады, пациенту удалось сохранить жизнь. Наличие на теле больного раны, проникающей в брюшную полость или забрюшинное пространство, всегда служит показанием к операции. Успех лечения определяется быстротой диагностики сосудистого повреждения и остановки кровотечения. При открытых ранах и нестабильном состоянии больного с выраженной клиникой кровотечения реанимационные мероприятия и оперативное вмешательство производят одновременно. Проведение инфузионной терапии с целью стабилизации гемодинамики – не только целесообразно, но и опасно в плане разжижения крови и возобновления кровотечения из магистральных сосудов и аорты. Гипотония при повреждении стенки сосудов – это рефлекторный защитно-приспособительный механизм организма.

Литература

1. Хаджибаев А.М., Мустафакулов И.Б. Современное состояние и нерешенные проблемные вопросы диагностики и тактики лечения тяжелых повреждений живота при сочетанной травме. Вестник экстренной медицины. 2011; 4:77–81.
2. Багненко С.Ф., Шапот Ю.Б., Лапшин В.Н. и др. Принципы и содержание медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми травмами. Скорая помощь 2000; 1:25–33.
3. Валиев Э.Ю. Некоторые положения использования медицинских терминов при механических повреждениях. Вестник экстренной медицины. 2010; 2:8–9.
4. Космин Е.А., Ваганова Т.Н., Кузнецов А.И. и др. Успешное лечение ножевого ранения брюшной аорты. Вестник хирургии. 1998; 8:84.
5. Болдырев С.Ю., Кибиров Р.И., Данилов В.В. и др. Успешное ушивание колото-резаной раны восходящей аорты. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2017; (2): 83–84. <https://doi.org/10.17116/hirurgia> 2017. 2. 83–84.

ҚОРИННИНГ ЖАРОХАТЛАНИШИДА ОШҚОЗОН, 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК, ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ ВА АОРТАНИНГ ҚЎШМА ШИКАСТЛАНИШИ

Б.Р. ИСҲОҚОВ¹, А.А. АЛИЖОНОВ¹, Н.Б. ИСҲОҚОВ², Ш.Б. РОБИДДИНОВ¹, М.С. СОБИТХАНОВ¹

¹Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали, Наманган, Ўзбекистон,

²Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада пичоқдан санчилган-кесилган кириб борувчи жароҳатланиши билан ошқозон ва 12 бармоқли ичакнинг тешиб ўтувчи, ошқозон ости бези ва қорин аортасининг кесилган жароҳатланган, марказий қоринпардаси орти кенг тарқалган гематомаси билан асоратланган беморнинг клиник кузатув натижаси тақдим этилган. Муаллифлар, ўз вақтида жароҳатланган аъзоларни диагностикаси, радикал хирургик давосини 12 бармоқли ичак тикилган жароҳати чоклари етишмовчилигини профилактикаси бирга амалга оширилганида бундай оғир тоифадаги беморнинг яшаб кетиш қobiliятини кўтаришга кўмак бериши кўрсатилган.

Калит сўзлар: пичоқдан жароҳатланиш, ошқозон, 12 бармоқли ичак, ошқозон ости бези, қорин аортаси, қоринпардаси орти гематомаси, хирургик давоси.

Сведения об авторах

Алижанов Аброр Алижон угли – директор Наманганского филиала РНЦЭМП

Исхаков Баркамол Робиддинович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП;
тел: +99891-360-22-03

Исхаков Нурбек Баркамоллович – врач хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП.
E-mail: ishakovn@mail.ru. Тел +99891-292-03-03.

Робиддинов Шохбек Баркамоллович – кардиолог Наманганского филиала РНЦЭМП,
Тел: +99899-9732147

Собитханов Мухаммадбобур Султонмахмуд угли – хирург Наманганского филиала РНЦЭМП.

Поступила в редакцию: 19.02.2022

Author information

Abror Alijanov – MD, Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.

Barkamol Iskhakov – MD, PhD, Deputy Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.
Phone № +99891-360-22-03

Nurbek Iskhakov – doctor surgeon of the Department of Transplantology of Republican Research Center of Emergency Medicine,
E-mail: ishakovn@mail.ru.

Shohbek Robiddinov – cardiologist of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine.
Phone № +99899-9732147

Muhammadbobur Sobithanov – surgeon of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine.

Received: 19.02.2022