

УДК 616.342-001-089.819.843

DOI: 10.34215/1609-1175-2020-1-95-96

Опыт лечения пациента с травмой двенадцатиперстной кишки

А.К. Крекотень¹, А.А. Крекотень^{2, 3}, В.Н. Мутыль⁴¹ Спасская городская больница, Спасск-Дальний, Россия; ² Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия; ³ Дальневосточный федеральный университет, Владивосток, Россия;⁴ Черниговская центральная районная больница, Черниговка Черниговского района, Россия

Описан случай сочетанной травмы двенадцатиперстной кишки у 11-летнего пациента. Подчеркивается, что сложности дооперационной и интраоперационной диагностики, а также тяжелый послеоперационный период обуславливают высокий риск смертности при данной патологии. Проведено разобщение проксимального и дистального отделов двенадцатиперстной кишки, наложены анастомозы между общим желчным и панкреатическим протоками и тонкой кишкой, гастроэнтероанастомоз на короткой петле. Катамнез прослежен в течение 10 месяцев: выздоровление.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, полный разрыв, хирургическое лечение

Поступила в редакцию 23.01.2020 г. Принята к печати 30.01.2020 г.

Для цитирования: Крекотень А.К., Крекотень А.А., Мутыль В.Н. Опыт лечения пациента с травмой двенадцатиперстной кишки. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2020;1:95–6. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-95-96

Для корреспонденции: Крекотень Александр Анатольевич – канд. мед. наук, доцент Института хирургии ТГМУ (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2); врач Медицинского центра ДВФУ (690950, г. Владивосток, ул. Суханова, 8), ORCID: 0000-0002-5633-6633; e-mail: krekoten.aa@dvfu.ru

Treatment experience of a patient with duodenal trauma

А.К. Krekoten¹, А.А. Krekoten^{2, 3}, V.N. Mutyl⁴¹ Spassk City Hospital, Spassk-Dalnii, Russia; ² Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia; ³ Far Eastern Federal University, Vladivostok, Russia; ⁴ Chernigovka Central District Hospital, Chernigovsky District, Russia

Summary: A case of combined duodenal trauma in the 11-year-old patient is described. Complications of pre-operative and intraoperative diagnosis as well as complicated postoperative period are emphasized to be a cause of high mortality risk in this pathology. The disconnection of proximal and distal parts of duodenum was performed; anastomoses were placed between the common bile and pancreatic ducts and small intestine, and gastroenteroanastomosis was performed on a short loop. Follow-up traced for 10 months: recovery.

Keywords: duodenum, complete separation, surgical treatment

Received: 23 January 2020; Accepted: 30 January 2020

For citation: Krekoten AK, Krekoten AA, Mutyl VN. Treatment experience of a patient with duodenal trauma. *Pacific Medical Journal*. 2020;1:95–6. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-95-96

Corresponding author: Alexander A. Krekoten, MD, PhD, associate professor, Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave., Vladivostok, 690002, Russian Federation); surgeon, Far Eastern Federal University Medical Center (8 Sukhanova St., Vladivostok, 690950, Russian Federation); ORCID: 0000-0002-5633-6633; e-mail: krekoten.aa@dvfu.ru

По данным литературы, смертность при закрытых травмах органов брюшной полости колеблется от 16,6 до 90,5 %, что обусловлено тяжестью подобных повреждений и высоким риском послеоперационных осложнений [1]. К сожалению, до сегодняшнего дня нет достаточной доказательной базы для четких рекомендаций относительно тактики и стратегии ведения пациентов с сочетанными травмами двенадцатиперстной кишки (ДПК) [2]. Сложность интраоперационной диагностики связана здесь с необходимостью мобилизации близлежащих анатомических структур и тщательной ревизией брюшной полости. Сочетанная травма ДПК зачастую сопровождается абдоминальным кровотечением из поврежденных паренхиматозных органов, что значительно усложняет процесс ревизии [3]. Приводим собственное наблюдение.

Мальчик, 11 лет, поступил жалобами на боль в животе, тошноту и рвоту с примесью желчи съеденной накануне пищей.

Травму живота сначала отрицал. Выполнены физикальный осмотр, обзорная рентгенография брюшной полости с захватом купола диафрагмы, клинический анализ крови. На фоне консервативной инфузионной терапии состояние пациента ухудшилось, появились симптомы раздражения брюшины. Проведена верхняя срединная лапаротомия. В ходе ревизии в правых отделах живота и дугласовом пространстве найдены серозный выпот и налет фибрина. Затем в проекции ДПК выявлена забрюшинная флегмона: клетчатка в этой анатомической области была имбибирована геморрагическим экссудатом и желчью. После мобилизации по Кохеру диагностированы полный поперечный разрыв ДПК на уровне большого дуоденального соска с отрывом от него общего желчного и панкреатического протоков. Дистальный участок панкреатического протока выступал из головки поджелудочной железы на 4 мм (рис. а).

Наложена задняя гастроэнтероанастомоз на короткой петле. На расстоянии 50 см от него между отводящей петлей тонкой кишки, культей холедоха и культей панкреатического протока сформировано конце-боковое соустье с тонкой кишкой в виде «хоботка» с захватом капсулы поджелудочной

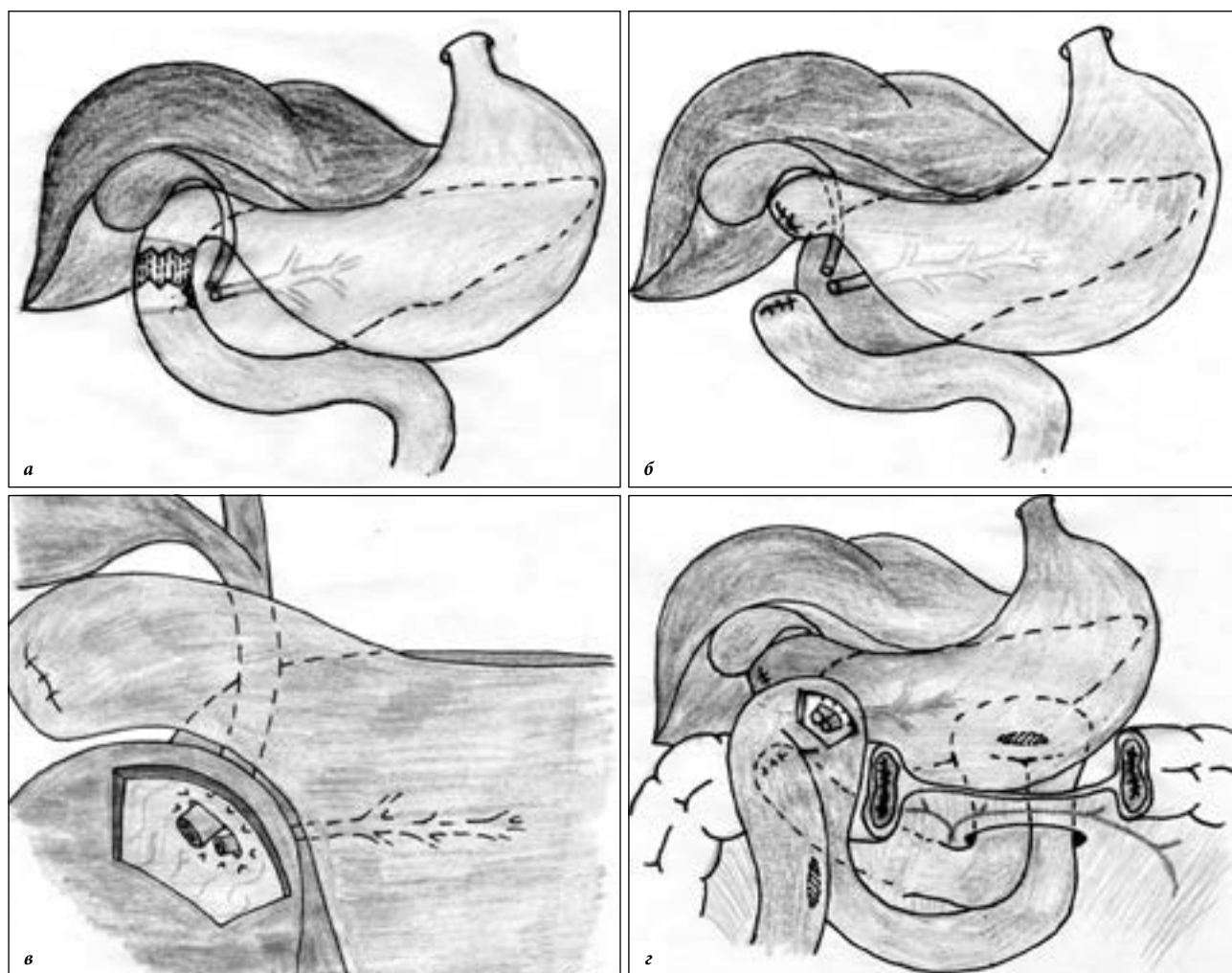


Рис. Схема оперативного лечения сочетанной травмы ДПК:

а – полный поперечный разрыв нисходящего отдела ДПК с отрывом общего желчного и панкреатического протоков; б – сформированные культи проксимального и дистального отделов ДПК; в – конце-боковое соустье в виде «хоботка» между общим желчным и панкреатическим протоками и тонкой кишкой; г – общая схема оперативного вмешательства.

железы двухрядными узловыми капроновыми швами по методике Я.Д. Витебского для правосторонней гемиколэктомии [4] (рис., б–г). В брюшную полость установлены четыре дренажа: в забрюшинное пространство к месту разрыва, в дугласово пространство, в правый и левый фланки.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии через 30 дней после операции. Контрольная компьютерная томография брюшной полости через пять месяцев с момента операции: «Печень не увеличена, однородной структуры, внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ее четкие, ровные, структура однородная. Парапанкреатическая клетчатка не изменена». При контрольном осмотре через 10 месяцев состояние пациента удовлетворительное, жалоб не предъявляет.

В большинстве случаев травма ДПК носит сочетанный характер. В качестве оперативного доступа предпочтение отдается верхнесрединной лапаротомии с последующей ревизией органов брюшной полости. Тактика и объем оперативного вмешательства зависят от размера и уровня повреждения. Пациенты с травмами ДПК требуют тщательного наблюдения

в послеоперационном периоде в связи с высоким риском послеоперационных осложнений.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Литература / References

1. Flint LM, McCoy M, Richardson JD, Polk HC. Duodenal injury. Analysis of common misconceptions in diagnosis and treatment. *Ann Surg.* 1980;191(6):697–702.
2. Beyrouti MI, Beyrouti R, Kchaou I, Gharbi W, Elleuch S, Tafech I, et al. Duodeno-pancreatic trauma. About 14 cases. *Tunis Med.* 2005;83(2):73–82.
3. Bouzat P, Valdenaire G, Gauss T, Charbit J, Arvieux C, Balandraud P, et al. Early management of severe abdominal trauma. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2019. doi: 10.1016/j.accpm.2019.12.001
4. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. М.: Медицина, 1988. 110 с. [Vitebsky Y.D. Valvular anastomoses in digestive surgery tract. Moscow: Medicine, 1988. 110 p. (In Russ).]