

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІЗОЛЬОВАНЕ ПОШКОДЖЕННЯ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Бойко В.В., Криворучко І.В., Сушков С.В., Рябцев Р.С., Лаврентьєва О.Ю.

Вступ

Актуальність питань діагностики та оперативного лікування ізольованого пошкодження дванадцятипалої кишки (ДПК) на даний момент відноситься до найбільш рідкісної, а в наслідок цього складної то остаточно не вирішеній проблемі у абдомінальній хірургії.

Каменем спотикання є не тільки помилки діагностики, а й не вірний вибір оперативного втручання, що призводить до розвитку ускладнень, що загрожують життю, та високий ризик післяопераційних ускладнень, яка сягає від 11,8 – 30,5 , а у випадку розвитку заочеревенної флегмони летальність, яка може сягати 100% .

Ці обставини зумовлюють загальну тяжкість стану хворих та високий ступень операційно-анестезіологічного ризику, що диктує необхідність пошуку раціонального підходу до діагностики та вибору оптимальної тактики лікування.

Мета роботи

Задачею дослідження є аналіз результатів хірургічного лікування та обґрунтування оптимального об'єму хірургічного втручання постраждалим с пошкодженням ДПК.

Вибір хірургічного лікування залежав від багатьох факторів, що включають у себе тяжкість стану хворого, локалізацію пошкоджень, час

надходження хворого до стаціонару, однак вирішальна роль належала локалізації пошкоджень, яку ми класифікували по E. Moore .

Матеріали і методи. Найчастіше діагностований II ступень з розривом менш ніж с 50 % окружності у 12 хворих, у 3 хворих - III ступень (50-75% окружності) та у 1 хворого - I ступень пошкодження з наявністю гематоми та надривом стінки дванадцятипалої кишки .

У 15 хворих мобілізація ДПК виконувалась за Кохером- Клермоном, а при за очеревинних розривах за Cattell-Braasch – що дозволило детальніше оглянути заочеревинний простір та виявити наявність масивної гематоми.

При порушенні цілісності дванадцятипалої кишки 1-2 ступеня прибігали до ушивання 2-х рядними швами з тампонадою або без, пасмою великого чепця на ніжці , в одному з випадків при діагностичній лапароскопії виявили та одномоментно ушили дефект 2-х рядними швами.

При пошкодженні III ступеня верхнього горизонтального відділу дванадцятипалої кишки у 3 постраждалих з метою запобігання неспроможності швів, виконували резекцію шлунку за методикою Більрот II в модифікації Гофмейстер-Фінстерера, виключаючи ДПК. Обов'язковою була зондова декомпресія ДПК, холецистостома та ранне ентеральне годування.

Результати та обговорення

Ускладнення у післяопераційному періоді виявлено у 31,2%. У 1 хворого розкрита та дренована флегмона заочеревинного простору . В наслідок дуоденостазу, у хворого з пошкодженням спадного відділу дванадцятипалої кишки виник неінфікований панкреонекроз, який не

потребував оперативного втручання . У 3 хворих консервативне лікування з формуванням дуоденальної нориці.

Факторами, що впливали на результат лікування ізольованих пошкоджень дванадцятипалої кишки є: строки госпіталізації постраждалих, розмір та локалізація дефекту кишки, своєчасна діагностика та вибір об'єму хірургічного втручання, а також післяопераційних ускладнень. Ретельна ревізія заочеревенного простору до якої є один з симптомів Winiwarter-Laffite.

Висновки

При пошкодженнях I-II ступеня, при строках поранення не більш ніж 6 годин, ДПК необхідно ушивання дефекту 2-рядними швами з назогастральною інтубацією.

При надходженні до стаціонару хворих у більш тривалі строки або при пошкодженнях III ступеня доцільно виключити пасаж їжі по кішківнику, шляхом накладання гастроентероанастомозу з Браунівською сполукою та декомпресією жовчовивідних шляхів.