

УДК 617.341-089.2:618.1-089

С.Б. Имангазинов, Н.К. Ардабаев, Д.Н. Ардабаев, Р.С. Казангапов

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей, г. Павлодар

СЛУЧАЙ ОБШИРНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ВО ВРЕМЯ ПЛОДОРАЗРУШАЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ

Аннотация

Описан редкий клинический случай повреждения тонкой кишки во время плодоразрушающей операции. Проведена обширная резекция тонкой кишки. В дальнейшем наблюдался синдром мальабсорбции.

Ключевые слова: повреждения, тонкая кишка, плодоразрушающая операция.

Во время плодоразрушающих операций нередко встречаются осложнения - кровотечение, неполное извлечение плодного яйца, перфорация стенки матки. Но такие осложнения как тотальный отрыв тонкой кишки с размождением и гангреной бывают в исключительных случаях.

Целью нашего сообщения является описание тяжелого абдоминального осложнения после плодоразрушающей операции. Приводим клиническое наблюдение.

Больная Н., 19 лет, поступила в отделение реанимации городской больницы №1 г. Павлодара 15.10.12 г. с диагнозом: Перфорация матки во время инструментального удаления плода. Травматический отрыв тонкой кишки. Гангрена тонкой кишки. Состояние после операции: ампутации матки и тотально-субтотальной резекции тонкой кишки.

Из анамнеза выяснено, что 14.10.12г. Она была госпитализирована в родильный дом с жалобами на тошноту, боли внизу живота, в пояснице и кровянистые выделения из половых путей. Установлен диагноз: Беременность 17-18 недель, начавшийся самопроизвольный выкидыш.

15.10.12г. 09:20 проведено инструментальное удаление плода. После операции больная проснулась с жалобами на сильные боли внизу живота, выраженную слабость. Вызван на консультацию хирург. На момент осмотра состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Живот напряжен во всех отделах, симптом раздражения брюшины резко положительный. После кратковременной предоперационной подготовки проведена срочная операция: нижнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружены: перфорация матки и разрыв корня брыжейки с полным отрывом тонкой кишки на расстоянии 7-8 см от связки Трейца в оральном отрезке и 6-7 см от илеоцекального угла - в дистальном. Гангрена тонкой кишки, гемоперитонеум.

Проведена: надвлагалищная ампутация матки, тотально-субтотальная резекция тонкой кишки (восстановить жизнеспособность оторванной кишки невозможно вследствие ишемии и некроза) с анастомозом конец в конец. Общая длина оставшихся частей тонкой кишки составляет 12-14 см. Дренажирование брюшной полости. Первые часы послеоперационного периода лечение продолжалось в отделении реанимации в родильном доме. После стабилизации состояния больная была переведена в отделение реанимации городской больницы №1. Общее состояние оставалось тяжелым. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС -110 уд.в 1 мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот правильной формы, напряжен и болезнен во всех отделах живота. Симптом раздражения брюшины нет. Мочеиспускание по катетеру, цвет - светлый. Повязка чистая. По дренажу геморагическое отделяемое.

Общий анализ крови (15.10.12г.): НВ-86 г/л., Лейкоц.-12,9 $\times 10^9$ /л., Эритроц.-3.08 $\times 10^{12}$ /л., СОЭ-42мм/ч.; общий анализ мочи (15.10.12г.): желт., сл.мутн., белок-0,033, лейкоц.-8-9 в п/з., эритроц.-3-4 в п/з.; биохимические показатели крови (15.10.12г.): общ. белок -67 г/л, мочевины -4,2 ммоль/л, креатинин - 0.06 ммоль/л., глюкоза-4,1 ммоль/л, АЛТ-0.48 мккат/л, АСТ-0.24 мккат/л, бил.общий - 13.7 мкмоль/л, прямой-3.8 мкмоль/л, холестерин - 5.59 ммоль/л, диастаза - 214 у/л, калий-2.3, натрий-138, хлор-108.

15.10.12г. Проведена консультация специалистов АО «Республиканский Национальный Центр неотложной медицинской помощи» город Астана. Рекомендовано: интенсивная терапия в условиях отделения интенсивной терапии до стабилизации состояния.

На 8-сутки наблюдались признаки частичной недостаточности швов анастомоза с истечением кишечного содержимого по дренажным каналам. Учитывая отсутствие признаков перитонита и свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ, и хорошо дренируемый процесс решено продолжить консервативную терапию. Через 6-7 суток свищ тонко-тонкокишечного анастомоза закрылся самостоятельно.

В дальнейшем продолжалась интенсивная терапия, направленная на коррекцию кислотно-щелочного, электролитного и белкового дисбаланса с дополнительным применением антибактериальных препаратов.

01.11.12г. больная переведена в хирургическое отделение. 06.11.12г. консультация доцента кафедры терапии Факультета усовершенствования врачей Павлодарского филиала Государственного медицинского университета города Семей Н.П. Журавлевой.

Заключение: Состояние после операции ампутации матки и тотально-субтотальной резекции тонкой кишки по поводу ятрогенной перфорации матки, травматического отрыва тонкой кишки, гангрены и размождения тонкой кишки. Синдром короткой кишки - синдром мальабсорбции с нарушением бактериального роста в тонком кишечнике. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

16.11.12г. проведена консультация заведующей кафедрой гастроэнтерологии медицинского университета города Астаны профессором Бектаевой Р.Р.: Синдром короткой тонкой кишки с бактериальной контаминацией и энтеропатией и синдромом нарушения всасывания. Вторичная железодефицитная и постгеморрагическая анемия, умеренной степени. Нарушения толерантности к углеводам, вторичная коагулопатия (тромбоцитопения).

21.11.12 года больная выписана на амбулаторное долечивание и под наблюдение гастроэнтеролога в удовлетворительном состоянии. В динамике к моменту выписки: Жалоб не предъявляет. Послеоперационная рана

зажила первичным натяжением. Дренажи удалены на 12-е сутки. Стул жидкий 6-7 раз в сутки. Вес тела 48 кг.

Через 2,5 месяца после выписки состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Вес тела 48 килограмм. Стул кашицеобразный до 4-х раз в сутки. Общий анализ крови (03.01.13г.): НВ-124 г/л., Лейкоц.-4,1 $\times 10^9$ /л., Эритро.-4,4 $\times 10^{12}$ /л., СОЭ-3мм/ч.; Показатели биохимических исследований крови (03.01.13г.): общ. белок -77 г/л, мочевины -1,4 ммоль/л, креатинин - 0.02 ммоль/л., глюкоза-4,5 ммоль/л, АлТ-115 мккат/л, АсТ-112 мккат/л, бил.общий - 16.6 мкмоль/л, прямой-4.1 мкмоль/л, диастаза - 37 у/л.

Ультразвуковое исследование брюшной полости (04.01.13г.): Метеоризм. Хронический холецистит. Мелкий камень желчного пузыря. Признаки панкреатита. Диффузные изменения чашечно – лоханочной системы обеих почек. ФГДС (04.01.13г.): Поверхностный гастрит. Продолжалось наблюдение по месту жительства.

Таким образом, у больной во время искусственного прерывания беременности имело место обширное повреждение тонкой кишки с отрывом от ее брыжейки, что потребовало тотально-субтотальную резекцию тонкой кишки.

Тұжырым

ҰРЫҚТЫ БӨЛШЕКТЕЙТІН ОТА ЖАСАУ КЕЗІНДЕ ЖІҢІШКЕ ІШЕКТІҢ АУҚЫМДЫ ЖАРАҚАТТАНУ ЖАҒДАЙЫ

С.Б. Имангазинов, Н.К. Ардабаев, Д.Н. Ардабаев, Р.С. Қазангапов

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Павлодар филиалы, Павлодар қ.

Ұрықты бөлшектейтін ота жасау кезінде жіңішке ішектің клиникалық жарақаттану жағдайы баяндалды. Жіңішке ішектің ауқымды резекциясы жасалды. Кейін мальабсорбция синдромы байқалды.

Негізгі сөздер: жарақат, жіңішке ішек, ұрықты бөлшектеп ота жасап алу.

Summary

THE CASE OF EXTENSIVE INJURY OF A SMALL INTESTINE DURING THE EMBRYOTOMY

S.B. Imangazinov, N.K. Ardabaev, D.N. Ardabaev, R.S. Kazangapov

Pavlodar branch of State medical university of Semey, Pavlodar c.

Described a rare medical case of injury of the small intestine during the embryotomy. Executed an extensive enterectomy. Later was observed a malabsorption syndrome.

Key words: small intestine, during the embryotomy.

УДК 617.341.616.381-072.1

С.Б. Имангазинов, Е.К. Каурханов, Р.С. Казангапов, Д.Н. Ардабаев

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей, г. Павлодар

УЩЕМЛЕНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Аннотация

Описан клинический случай ущемления тонкой кишки в манипуляционной ране после лапароскопической ампутации матки, потребовавший в последующем резекцию тонкой кишки.

Ключевые слова: тонкая кишка, ущемление, лапароскопическая ампутация матки.

После лапароскопических операций возможны осложнения, требующие особого внимания в раннем послеоперационном периоде [1, 2]. К ним относятся кровотечения из мест операции или раны брюшной стенки, эвентрация и ущемление кишечника, острая кишечная непроходимость. Эвентрации кишечника наблюдаются в местах введения троакаров или же в местах манипуляционных ран, требующие восстановления целостности передней брюшной стенки. В позднем послеоперационном периоде наиболее часто встречаются вентральные грыжи.

Возникновение послеоперационных грыж является следствием неадекватного восстановления целостности апоневроза передней брюшной стенки после извлечения макропрепарата путем минилапаротомии. Через 1-2 месяца после лапароскопической операции пациенты обращаются с жалобами на асимметрию и выпячивание живота в области послеоперационных рубцов. При объективном обследовании обнаруживается дефект апоневроза передней брюшной стенки. Лечение этих осложнений проводится в плановом по-

рядке через 3-6 месяцев после лапароскопической операции в условиях хирургического стационара. Выполняется грыжесечение с пластикой грыжевого дефекта.

Наиболее редким осложнением являются случаи, когда в оставленный дефект апоневроза брюшной стенки внедряется петля тонкой кишки с развитием кишечной непроходимости, без внешних признаков грыжи в раннем послеоперационном периоде.

Основной причиной возникновения этих осложнений является неадекватное восстановление апоневроза при использовании троакаров больших размеров, извлечении макропрепарата через переднюю брюшную стенку. Многократное извлечение и введение в брюшную полость троакаров и инструментов во время лапароскопической операции может приводить к дополнительной травме апоневроза и увеличению его дефекта. Причиной кровотечения могут быть дефекты гемостаза.

Целью сообщения является описание случая ущемления тонкой кишки в дефекте брюшной стенки