

УДК 616-001-07-057.87

О.Б. Боднар, А.Г. Іфтодій, В.С. Хашук, Б.М. Боднар, Л.І. Ватаманеску  
ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТЯЖКОЇ ПОЛІТРАВМИ У ПІДЛІТКА

**Резюме.** Наведено клінічний випадок тяжкої політравми у дитини з діагнозом: проникаюче поранення органів черевної порожнини. Пошкодження тонкої та товстої кишок. Відрив бічної поверхні таза та стегна зліва, травматична ампутація лівої клубової кістки та лівої стегнової кістки. Перелом лобкової та сідничої кісток справа. Перелом тіл S<sub>5</sub>-L<sub>1</sub> хребців. Геморагічний шок III ступеня. Гіповолемічний шок III ступеня. Травматичний шок. Післяопераційний період ускладнився: гнійно-некротичною раною бічної поверхні черевної стінки та сформованої культі; некротичним фасціоцелюлітом та міозитом; рановим сепсисом; септикопемією; порушенням всмоктування та синдромом короткої петлі. Обґрунтовані основні принципи хірургічного лікування пацієнта. Виявлена триетапність надання допомоги: I етап – збереження життя; II – корекція ускладнень політравми; III – відновлення функції ушкоджених органів.

**Ключові слова:** політравма, хірургічне лікування, діти.

Травма є головною причиною летальності серед дітей та підлітків до 18 років та займає третє місце після патології новонароджених та хвороб органів дихання. Серед усіх травматичних ушкоджень у дитячому віці окреме місце займає політравма, на частку якої у структурі дитячого травматизму припадає до 18-23% [1]. Лікування пацієнтів з політравмою, що супроводжується масивною крововтратою, повинно складатись з визначення джерела кровотечі та її зупинення, відновлення тканинної перфузії та досягнення гемодинамічної стабільності [2].

Висока летальність при закритих та проникаючих пораненнях органів черевної порожнини зумовлена геморагічним шоком при її отриманні та сепсисом у післяопераційному періоді. Фізіологічна нестабільність, механізм травми, шок, ацидоз, кількість уражених органів та тяжкість травми асоціюються із високою смертністю (11%) та розвитком післяопераційних ускладнень (28%). І хоча деякі автори стверджують, що затримка хірургічного втручання, яка зумовлена необхідністю передопераційної підготовки та виведенню хворого із шокowego стану, не впливає на результати лікування та може тривати до 16 годин [3]. У наведеному випадку така тактика була неприпустимою.

### Клінічний випадок.

Хлопчик М., 16 років. Поступив в хірургічне відділення (від 09.10.13 р.) з діагнозом: проникаюче поранення органів черевної порожнини. Пошкодження тонкої та товстої кишки. Відрив біч-

ної поверхні таза та стегна зліва, травматична ампутація лівої клубової кістки та лівої стегнової кістки. Перелом лобкової та сідничої кісток справа. Перелом тіл S<sub>5</sub>-L<sub>1</sub> хребців. Геморагічний шок III ступеня. Гіповолемічний шок III ступеня. Травматичний шок.

З анамнезу – травму отримав при польових роботах. Хлопчика переїхав комбайн (combine harvester) при зборі урожаю. Дитина була доставлена в лікарню через 2 години після отримання травми (у зв'язку із віддаленістю місця пригоди).



Рис. 1 Хлопчик М., 16 років. Діагноз: проникаюче поранення органів черевної порожнини. Пошкодження тонкої та товстої кишок. Відрив бічної поверхні таза та стегна зліва, травматична ампутація лівої клубової кістки та лівої стегнової кістки. Перелом лобкової та сідничої кісток справа. Перелом тіл S<sub>5</sub>-L<sub>1</sub> хребців. Геморагічний шок III ступеня. Гіповолемічний шок III ступеня. Травматичний шок

При об'єктивному огляді дитини: стан тяжкий. Шкірні покриви бліді, вкриті холодним потом. Дитина без свідомості. АТ- верхня межа - 60

(нижня межа не визначається), пульс на променевих артеріях не визначається, на сонних артеріях – 140 за 1 хвилину. В лівій бічній ділянці живота наявна рвана рана з відірваними та розчавленими поперечним, внутрішнім та зовнішнім косими м'язами живота. Крізь рану черевної стінки вивалені петлі тонкої кишки та лівий відділ товстої кишки. Бічна поверхня таза відірвана, ліва стегнова кістка розчавлена, ліва голітка висить на шкірному клапті. При виконанні рентгенографії кісток таза: травматична ампутація тіла лівої клубової кістки та стегнової кістки.

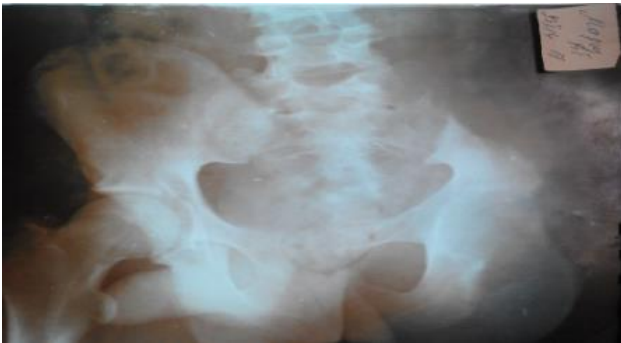


Рис. 2. Хлопчик М., 16 років. Перелом кісток таза

Пацієнту була розпочата передопераційна підготовка. Лікування дитини здійснювали згідно з оновленими Європейськими рекомендаціями лікування кровотеч при травмах [4]. Проведено оперативне втручання: серединна лапаротомія. Резекція тонкої кишки з анастомозом кінець у кінець; резекція товстої кишки; асцендостома; ампутація лівої ноги; формування бічної черевної стінки залишками стегна (від 09.10.13р.).

Хід операції. Серединна лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини встановлено: тонка кишка перерізна, краї рвані та нерівні впродовж 2,5 метрів. Поперечна ободова кишки пересічена в середній третині, висхідна ободова кишка пересічена у верхній третині. Брижа вищезазначених ділянок кишки пересічена з явищами активної кровотечі. У черевній порожнині велика кількість колосся пшениці та землі. Верхня ліва бічна ділянка черевної стінки відсутня. Через рваний отвір вивалені петлі тонкої кишки та шлунок. На кровоточиві судини брижі кишки накладені затискачі. Судини прошиті, перев'язані. Після проведення гемостазу виконано резекцію 3 метрів тонкої кишки з анастомозом кінець у кінець, дворядними вузловими швами. Частина висхідної ободової кишки (ВОК), поперечна (ПОК) та низхідна кишки (НОК) пересічені, розчавлені. Проведена резекція ВОК, ПОК та НОК. Сформована культя сліпої ободової кишки (СОК) дворядним швом (перший ряд – наскрізний, другий ряд – серозно-

м'язовий). Проведено накладання асцендостоми в правій бічній ділянці черевної стінки. Виконано ампутацію лівої ноги із пластикою дефекта лівої бічної ділянки живота місцевими тканинами та залишками тканин стегна із залишенням значної ділянки м'язів бічної ділянки живота без підшкірної клітковини та шкіри. Сформована культя кульшової кістки. На ліву бічну ділянку черевної стінки накладені пов'язки з маззю "Бетадин". Пошарово накладені шви на лапаротомну рану.

Післяопераційний період перебігав тяжко, ускладнився гнійно-некротичною ранюю бічної поверхні черевної стінки (16.10.2013 року) та сформованої культі (сідничої, поперекової, бічної та середньої ділянки тулуба зліва); некротичним фасціоцелюлітом та міозитом; рановим сепсисом; септикопемією. Відзначалися синдром порушення всмоктування та синдром короткої петлі.

У зв'язку із нагноєнням післяопераційної рани бічної стінки живота проводили "відкрите лікування рани". Щоденні промивання розчинами перекису водню 3% та розчином хлоргексидину, використання мазей "Бетадин" та "Левомеколь", розчину йодопірону. 31.10.2013 року була проведена вторинна хірургічна обробка рани з видаленням некротичнозмінених та гнійних тканин. 07.11.2013 року спостерігали наявність в рані гранулюючої тканини, у зв'язку із цим накладені вторинні шви. 01.12.2014 року відзначалось загоєння рани. З приводу гранулюючої рани бічної ділянки черевної стінки та культі нижньої кінцівки зліва виконано аутодермопластику рани живота зліва. Остаточне загоєння ран з наявністю шкірного покриву було 01.02.2014 року.



Рис. 3. Хлопчик М., 16 років. Діагноз: гнійно-некротична рана бічної поверхні черевної стінки та сформованої культі (сідничої, поперекової, бічної та середньої ділянки тулуба зліва); некротичним фасціоцелюлітом та міозитом; рановим сепсисом; септикопемією, синдромами порушення всмоктування та короткої петлі



Рис. 4. Стан після виписки із стаціонару – 6 місяців

02.04.2014 року дитині виконано реконструктивну операцію: середньо-серединна лапаротомія; адгезіолізис. Закриття колостоми. Асцендо-сигмоанастомоз кінець в кінець. Лаваж черевної порожнини розчином “Дефенсаль”.

Хід операції. Релaparотомія з висіченням старого післяопераційного рубця. При ревізії органів черевної порожнини виявлено значний злукочий процес між петлями тонкої кишки, товстою кишкою та чепцем. Виконано роз’єднання злук шляхом їх пересічення. Ділянки десерозації ушиті вузловими швами PDS 5/0. Проведено висічення асцендостоми з боку передньої черевної стінки та переміщено в червну порожнину. Рану черевної стінки зашито. Мобілізували СОК та ВОК шляхом розсічення пристінкової очеревини біля її бічного краю та відділення від прилеглої клітковини. Виділяли пристінкову очеревину з клубово-ободовими судинами та нервами, що йдуть до ілеоцекального кута (ІЦК). Водночас мобілізували дистальну ділянку клубової кишки шляхом розсічення пристінкової очеревини біля кореня її брижі до кута, що утворений низхідною та горизонтальною частинами кореня брижі тонкої кишки (до місця відходження від верхньої брижової артерії клубовоободовокишкової артерії). У мобілізованому ІЦК та ВОК є загальна брижа, одна ділянка якої представлена очеревинною судинно-нервовою ніжкою, яка йде до СОК та ВОК, а інша – власне брижою клубової кишки. ІЦК та ВОК повертали у фронтальній площині проти годинникової стрілки. Водночас вісь обертання проходила крізь ділянку, що розташована у місці відходження від верхньої брижової артерії клубово-ободовокишкової артерії. Для накладання асцендосигмо-анастомозу ВОК анастомо-

зували з куксою СОК. Виконували створення анастомозу кінець у кінець вузловими дворядними швами PDS 4/0. З метою профілактики розвитку післяопераційних злук до черевної порожнини вводили 250 мілілітрів розчину “Дефенсаль”. Пошарово накладали шви на лапаротомну рану. Післяопераційний період перебігав задовільно. Відновлення перистальтики відзначали на 3 добу. Шви зняті на 8 добу. На 10 добу пацієнт виписаний. При огляді пацієнта через 3 роки після проведеного оперативного втручання: стан задовільний, випорожнення 3 рази на добу, виконано протезування лівої кінцівки, що дає йому змогу обслуговуватися самостійно.



Рис. 5. Стан після виписки із стаціонару за 3 роки. Протезування лівої кінцівки

**Висновки.** 1. Дана політравма потребувала видалення 2/3 товстої та 2,5 метрів тонкої кишки у поєднанні з пластикою лівої бічної ділянки живота місцевими тканинами та залишками тканин стегна, що забезпечено першим етапом оперативного втручання, спрямованого на збереження життя пацієнта. 2. Другий етап операції спрямований на корекцію ускладнень політравми першого етапу: гнійно-некротичною раною бічної поверхні черевної стінки та сформованої кукси; некротичним фасціоцелюлітом та міозитом; рановим сепсисом; септикопіемією; порушенням всмоктування та синдромом короткої петлі. 3. Третій етап спрямований на відновлення функції ушкоджених органів.

#### Список використаної літератури

1. Політравма у дітей: навч.-метод. посібник [Бензар І.М., Бліхар В.Є., Боднар Б.М. та ін.] ; за ред. А.Ф. Левицького, В.П. Притули, І.М. Бензар. – Тернопіль: ТДМУ, 2014. – 200 с.
2. Abdominal injuries in a low trauma volume hospital – a descriptive study from northern Sweden / P. Pekkari, Per-Olof Bylund, H. Lindgren [et al.] // *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. – 2014. – Vol. 22:48. – 8 pages. – Access mode: <http://www.sjtre.com/content/22/1/48>.
3. Abdominal Trauma in Durban, South Africa: Factors Influencing Outcome / M.N. Mnguni, D.J.J. Muckart, T.E. Madiba [et al.] // *Int. Surg.*

– 2012. – Vol. 97. – P. 161-168. 4. Management of bleeding and coagulopathy following major trauma: an updated European guideline [Electronic resource] / D.R Spahn, B. Bouillon, V. Cerny [et al.] // Critical Care. – 2013. – Vol. 17. – 45 pages. – Access mode: <http://ccforum.com/content/17/2/R76>.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ПОЛИТРАВМЫ В ПОДРОСТКА

**Резюме.** Приведен клинический случай тяжелой политравмы у ребенка с диагнозом: проникающее ранение органов брюшной полости. Повреждения тонкого и толстого кишечника. Отрыв боковой поверхности таза и бедра слева, травматическая ампутация левой подвздошной кости и левой бедренной кости. Перелом лонной и седалищной костей справа. Перелом тел S5-L1 позвонков. Геморрагический шок III степени. Гиповолемический шок III степени. Травматический шок. Послеоперационный период осложнился: гнойно-некротической раной боковой поверхности брюшной стенки и сформированной культе; некротическим фасциоцеллюлитом и миозитом; раневым сепсисом; септикопиемией; нарушением всасывания и синдромом короткой петли. Обоснованы основные принципы хирургического лечения пациента. Обнаружена трехэтапность оказания помощи: I этап – сохранение жизни; II – коррекция осложнений политравмы; III – восстановление функции поврежденных органов.

**Ключевые слова:** политравма, хирургическое лечение, дети.

### CLINICAL CASE OF TEENAGER'S SEVERE POLYTRAUMA

**Abstract.** A clinical case of child's severe trauma with the diagnosis of penetrating injury of the abdomen is presented. The small and large intestines are damaged. The condition before surgery: separation of the lateral surface of the pelvis and femur on the left, traumatic amputation of the left iliac and left femur, fracture of pubic and ischial bones on the right, fracture of the bodies of S5-L1 vertebrae, hemorrhagic shock III degree, hypovolemic shock III degree, traumatic shock. The postoperative period was complicated by: purulent necrotic wound in the lateral surface of the abdominal wall and formed stump; necrotic fasciitis and myositis; wound sepsis; pyosepticemia; malabsorption syndrome and short loop syndrome. The basic principles of surgical treatment of the patient are substantiated. III stages of medical treatment are suggested: I stage – saving of life; II – correction of multiple injury complications; III – restore the functions of the damaged organs.

**Key words:** polytrauma, surgical treatment, children.

Higher State Educational Establishment of Ukraine  
“Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)

Надійшла 01.12.2016 р.