

© СУХОРУКОВ А.М., ПОПОВ А.Е.
УДК 616.342-001-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.М. Сухоруков, А.Е. Попов

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра хирургических болезней ИПО, зав. – д.м.н., проф. А.М. Сухоруков.

***Резюме.** Проведен анализ лечения 38 пациентов с сочетанными и изолированными травмами двенадцатиперстной кишки. Дан алгоритм диагностических мероприятий в дооперационном и интраоперационном периодах, представлены виды первичных оперативных вмешательств при травме двенадцатиперстной кишки и сочетанном повреждении органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Предлагаемые диагностические и оперативные мероприятия позволили уменьшить число общих и послеоперационных осложнений, а также снизить летальность при травме двенадцатиперстной кишки.*

***Ключевые слова:** травма брюшной полости и забрюшинного пространства, повреждение двенадцатиперстной кишки.*

Сухоруков Александр Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургических болезней ИПО КрасГМУ; тел. 8 (391)2643695.

Попов Александр Евгеньевич – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней ИПО КрасГМУ; тел. 8 (391)2643695.

В ургентной хирургии среди повреждений органов брюшной полости (БП) травма двенадцатиперстной кишки (ТДПК) относительно редкий вид повреждений. Это связано с анатомическими особенностями расположения органа, его «защищенностью» другими анатомическими образованиями [4]. В этой связи, обычно, отмечается сочетанный характер повреждений, что усугубляет тяжесть состояния больных [2,4,6]. Повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) при травмах органов брюшной полости, по различным данным, составляют от 1 до 5 % [1,3,5,10]. Однако, несмотря на небольшое количество ТДПК, по отношению к другим нозологиям, летальность при данной патологии колеблется от 12 до 65% [4,6,7,11,13]. По этой причине

проблема диагностики и хирургического лечения больных с ТДПК остается актуальной и в настоящее время.

Наиболее сложными вопросами остаются: ранняя диагностика ТДПК и выбор хирургической тактики в зависимости от уровня и степени тяжести повреждения ДПК, а так же при сочетании ТДПК с повреждениями других органов [2,8]. Степень тяжести повреждения ДПК многими хирургами оценивается по классификации G. Kline et al. [12].

Материалы и методы

С 2000 г. по 2008 г. в клинике кафедры хирургических болезней ИПО КрасГМУ, расположенной на базе МУЗ «ГКБ №20 им. И.С. Берзона» Красноярска на лечении по поводу ТДПК находилось 38 пациентов. Их возраст варьировал от 18 до 67 лет. Среди них – мужчин было 29 (76,3%), женщин – 9 (23,7%). Открытые повреждения ДПК наблюдались у 25 пострадавших (65,8%), закрытые – у 13 (34,2%).

Из числа больных с открытыми повреждениями основной причиной явились колотые и колото-резанные проникающие ранения брюшной полости – 22 пациента (88%) и только у 3 пострадавших (12%) наблюдались огнестрельные ранения. У пациентов с закрытыми повреждениями ДПК на первом месте находилась тупая травма живота криминального или бытового характера – 8 пациентов (61,5%), далее следует сочетанная автодорожная травма – 4 пострадавших (30,8%) и падение с высоты – 1 пациент (7,7%). Изолированная ТДПК имела место только у 7 пострадавших (18,4%). У 31 пациента (81,6%) повреждения ДПК сочетались с закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ), травмой грудной клетки (ТГК) и повреждением других органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Сочетание травмы ДПК с другими внутренними повреждениями брюшной полости и забрюшинного пространства представлены в табл. 1.

Таблица 1

Травмы ДПК в сочетании с другими внутренними повреждениями брюшной полости и забрюшинного пространства

Локализация ТДПК среди пострадавших, находившихся на лечении в нашей клинике представлена в табл. 2.

Таблица 2

Локализация повреждений ДПК

Результаты и обсуждение

При клинических исследованиях было отмечено, что пациенты с закрытыми повреждениями ДПК госпитализировались значительно позже от момента ее получения, по сравнению с пострадавшими, у которых была зафиксирована открытая травма ДПК. Это можно объяснить тем, что у пациентов с закрытой травмой ДПК имел место период «мнимого благополучия». Чаще всего, по этой причине пострадавшие обращались в лечебные учреждения поздно, зачастую, в

крайне тяжелом состоянии, что неизбежно сказывалось на результатах их лечения. Таким образом, группа больных с закрытыми повреждениями ДПК уже исходно была более тяжелой по сравнению с открытой травмой ДПК.

Диагностика ТДПК до настоящего времени остается достаточно трудной, особенно при закрытых повреждениях ДПК. Это касается как дооперационного так и интраоперационного периодов. Для установки дооперационного диагноза закрытой травмы ДПК большое значение уделяется клиничко-анамнестическим данным, при условии, если больной находится в сознании: полученные травмы в области эпигастрия, болезненность при пальпации в данном месте, пастозность в поясничной области, положительный симптом Пастернацкого, диспептические расстройства и др. Кроме того, к важным диагностическим мероприятиям относятся (по порядку их значимости): рентгеноскопия брюшной полости с контрастом или без него, фиброэзофагогастродуоденоскопия, диагностическая лапароскопия, компьютерная томография, ультразвуковое исследование брюшной полости, лапароцентез.

Данные рентгеноскопии позволяют выявить появление свободного газа в БП и забрюшинном пространстве, размытость контуров m.ileopsoas и правой почки, затекание водорастворимого контраста за пределы ДПК, смещение ее по отношению к близлежащим органам БП. Это, в большинстве случаев (до 88%), позволяет правильно поставить диагноз у больных с закрытыми повреждениями ДПК. Фиброэзофагогастродуоденоскопия с большой точностью позволяет установить диагноз (до 70%), если ТДПК находится в верхних ее отделах. Диагностическая лапароскопия, выполняемая с использованием видеоконфлюэтов, позволяет выявить косвенные признаки ТДПК (гемоперитонеум, забрюшинная гематома или имбибиция забрюшинного пространства содержимым ДПК). Компьютерная томография брюшной полости безусловно является очень важным и достоверным методом диагностики при ТДПК и ее осложнении. Однако в ургентной хирургии, к сожалению, мы пользуемся компьютерной томографией редко. Ультразвуковое исследование брюшной полости и лапароцентез приносят, в большинстве случаев, мало информации. По этой причине при повреждениях ДПК эти методы используются как скрининговые.

Интраоперационной диагностике повреждений ДПК также уделяется большое внимание, так как на этом этапе допускается большое количество ошибок. Это касается как закрытых, так и открытых повреждений ДПК. Считаем алгоритмом действия в ходе оперативного вмешательства у пациентов с повреждениями брюшной полости: выполнение полноценной ревизии органов; прицельным исключением повреждений ДПК; обязательной ревизией гематом забрюшинного пространства или пропитывания его в проекции гепатодуоденальной зоны содержимым ДПК; устранение повреждения дифференцированно разными способами, в зависимости от вида повреждения ДПК, степени ее тяжести, локализации и т.д.

В случае обнаружения касательного ранения стенки ДПК без повреждения соседних органов производится ушивание ранения ДПК двухрядным швом

атравматичной нитью с обязательной интубацией желудка и ДПК. При сквозном ранении ДПК в результате открытых повреждений и выявлении связи ранения с забрюшинным пространством в обязательном порядке производится мобилизация ДПК по Кохеру для осмотра ее задней стенки. При напряженной гематоме забрюшинного пространства мобилизуем печеночный изгиб ободочной кишки для выявления и устранения причины гематомы в данной анатомической области. Все виды первичных оперативных вмешательств по поводу повреждений ДПК (основные этапы) проводимых в МУЗ «ГКБ № 20 им. И.С.Берзона» представлены на табл. 3.

Таблица 3

Виды первичных оперативных вмешательств при травме ДПК и сочетанных повреждений органов брюшной полости

Следует отметить, что при операциях по поводу повреждений ДПК у 14 пациентов (36,8%) производилось отключение ДПК по А.А. Шалимову. Этот этап оперативного пособия проводили при обширных травмах ДПК, а так же при сочетании их с повреждениями поджелудочной железы и толстой кишки. В большинстве случаев, нами был отмечен положительный окончательный результат лечения у таких пациентов при отключении ДПК по А.А. Шалимову (1972). Этой же точки зрения придерживается и А.Б.Молитлословов [4], который считает, что показаниями для отключения ДПК является размер ее дефекта более 50% длины окружности, перитонит, забрюшинная флегмона панкреатодуоденальная травма, разможжение или некроз краев дефекта, несостоятельность ранее наложенных швов.

Число и виды общих и послеоперационных осложнений у пациентов с ТДПК представлены в табл. 4.

Таблица 4

Общие и послеоперационные осложнения при повреждениях ДПК

Летальность у оперированных пациентов с ТДПК за последние 9 лет составила 21,1%, в сравнении за предыдущие 10 лет – 35,5%.

Таким образом, предлагаемые методы диагностических мероприятий, выработанный в клинике алгоритм действия при ТДПК и дифференцированный выбор оперативного вмешательства позволили нам уменьшить число общих и послеоперационных осложнений, а также существенно снизить летальность при ТДПК как при изолированной, так и при сочетанной травме.

SURGICAL TACTICS IN DUODENUM DAMAGE

A.M. Suhorukov, A.E. Popov

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. We analyzed the treatment strategies in 38 patients with combine and isolated duodenal traumas. The diagnostics algorithm in preoperational and intra operational periods is presented. Types of surgical treatment in duodenal trauma combined with damage of abdominal and retro peritoneum organs are discussed. Suggested activities allow decrease in the number of general and post operational complications, reduction of the mortality at duodenal trauma.

Key words: abdomen and retro peritoneum trauma, duodenal damage.

Литература

1. Асланян А.А., Харченко В.Г., Асланян С.А. и др. Хирургическое лечение открытых и закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1993. – № 4. – С. 84-87.
2. Григорьев Е.Г., Расулов Р.И., Бельков Ю.А. Хирургия сочетанных повреждений магистральных сосудов и органов живота. – Новосибирск: Наука, 2003. – 175с.
3. Иванов П.А., Гришин А.В. Хирургическая тактика при травме двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2004. – №12. – С. 28-34.
4. Молитлословов А.Б., Ерамишанцев А.К., Макаров А.К. и др. Диагностическая и лечебная тактика при травме двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2004. – № 8. – С.46-51.
5. Новиков А.С., Уракчеев Ш.К., Богданов С.В. Повреждения двенадцатиперстной кишки // Вестн. хир. – 1998. – №6.– С.49-53.
6. Федоров Ю.И., Третьяков А.А., Слепых Н.И. и др. Диагностика и лечение повреждений поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. – Иркутск, 1994. – С. 152-154.
7. Цыбуляк Г.Н., Шеянов С.Д., Ранения и травмы живота: современная диагностика, новые подходы в лечении // Вестн. хир. – 2001. – №5. – С. 81-88.
8. Чирков Р.Н., Абакумов М.М., Блохин В.Н. Диагностика и хирургическая тактика при травматических интрамуральных гематомах двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2008. – №5. – С. 33-36.
9. Шалимов А.А., Соенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. – Киев: Здоровье, 1972. – 354 с.
10. Astarcioglu H. Comparison of different surgical repairs in the treatment of experimental duodenal injury // Am. J. Surg. – 2001. – Vol. 181, №4. – P. 309-312.
11. Fang J.F. Surgical treatment and outcome after delayed diagnosis of blunt duodenal injury // Eur. J. Surg. – 1999. – Vol. 165, №2. – P. 133-139.
12. Kline G., Lucas C.E., Ledgerwood A.M. et al. Duodenal organ injury severity (OIS) and outcome // Am. Surg. – 1994. – Vol. 60, №7. – P. 500-504.

13. Velmahos G.C. Complex repair for the management of duodenal injury
// Am. Surg. – 1999. – Vol. 65, №10. – P. 972- 975.

