

УДК 617.5

© 2013 З.А. Топчиашвили, А.В. Гейниц, Р.Д. Мустафаев, Г.В. Тихов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Диагностика и лечение травмы двенадцатиперстной кишки, особенно забрюшинной ее части, является на данный момент самой сложнейшей и актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии. Трудность проблемы связана с отсутствием четкой и характерной клинической картины, и её редкость. В работе представлены результаты диагностики и особенности лечения травматического повреждения двенадцатиперстной кишки за 10 лет, с применением YAG ND-лазера с длиной волны 810 нм.

Ключевые слова: травма двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение, YAG ND-лазер.

Повреждение (травма) двенадцатиперстной кишки (ДПК) является одной из сложных ситуаций для хирурга, определяемых в первую очередь проблемой выбора хирургической тактики лечения подобных больных.

Частота повреждений ДПК составляет около 1,2% повреждений органов брюшной полости и 10% в структуре травм органов пищеварения (2,3,4,6) и сопровождается, как правило, высокой летальностью подобных больных, доходящей по обобщенным оценкам различных авторов до 50-60%. За 10 лет в ГКБ № 51 г. Москвы мы наблюдали 9 больных в возрасте от 25 до 73 лет (7 мужчин и 2 женщин) с разрывом ДПК. Среди них 8 больных были оперированы. Причиной разрыва ДПК у большинства больных была закрытая травма живота. Из 7-и больных, экстренно оперированных по поводу прогрессирующего перитонита, при наличии свободной жидкости или крови в брюшной полости, выжило 6 пациентов. Только 3-м больным был предварительно поставлен диагноз разрыва ДПК, трудность диагностики у остальных была обусловлена наличием разрыва забрюшинного отдела ДПК. Трое больных умерло: один после экстренной операции от продолжающегося перитонита, второй при отсроченной лапаротомии от сочетанной травмы, а третий - вследствие нераспознанного разрыва ДПК без оперативного вмешательства. Локализация разрывов стенки ДПК была различной. Разрывы в верхнее-горизонтальном отделе были обнаружены у 3-х больных, в восходящем у 4-х, в нисходящем отделе ДПК у 2-х пациентов.

Методика оперативного вмешательства заключалась в полной мобилизации ДПК с иссечением краев разрыва и обеспечением надежного гемостаза при помощи YAG ND-лазера с длиной волны 810 нм. В 3-х случаях мы применяли поперечное ушивание раны вертикальной ветви ДПК, в 1-м случае формирование бокового дуоденоюноанастомоза с изолированной кишечной петлей в сочетании со стволовой ваготомией, а в 4-х случаях формировали прямой дуоденодуодено- или дуоденоюноанастомоз. Дополнительно производили выключение кишки из транзита пищевых масс путем прошивания антрального отдела желудка и создания гастроэнтероанастомоза. Укрепление швов кишки или укрывание линии анастомоза мы осуществляли кровоснабженной прядью сальника или брыжейкой этой же кишки. Одновременно трансназально заводили на 40-60 см ниже швов соустья двухпросветный силиконовый зонд для обеспечения аспирации.

Забрюшинная гематома при травме ДПК формировалась у 6-и больных, у 3-х была интрамуральная гематома стенки поперечно-ободочной кишки. По данным Сапожниковой М.А. (3) кровоизлияния в слизистую ДПК встречается довольно редко. Интрамуральные гематомы ДПК образуются при недостаточно сильном ударе в живот, что приводит к разрыву

слоев стенки ДПК и мелких кровеносных сосудов без сквозного повреждения её серозной оболочки, что способно в дальнейшем послужить причиной развития даже полной обтурации ее просвета из-за формирования внутристеночной гематомы с клинической картиной высокой тонкокишечной непроходимости (3). Прежде всего, было необходимо обеспечение надежного гемостаза прошиванием сосуда или обработкой кровоточащей ткани YAG ND-лазером с длиной волны 810 нм. Большинство травматических повреждений ДПК у наблюдаемых нами больных возникло в результате удара в живот при автомобильных авариях (8 наблюдений), велосипедных авариях с падением на руль (1 наблюдение). Механизм в указанных ситуациях сводится к внезапному воздействию силы, в результате которой происходит сдавление ДПК между брюшной стенкой и позвоночником. Больные поступали в сроки от 2 до 28 ч от начала заболевания.

По морфологическому признаку повреждения ДПК могут быть разделены на ушибы брюшной стенки, гематомы забрюшинного пространства (неполные и полные). Специфических симптомов при повреждениях ДПК нет. Возможно как полное отсутствие симптомов, так и наличие поясничной боли, симптомов раздражения брюшины, паралитической кишечной непроходимости или даже бессимптомный период, длящийся от нескольких часов до нескольких дней.

В данных лабораторных исследований у 3-х пациентов был отмечен лейкоцитоз, у 4-х больных - гиперамилаземия. При обзорных рентгенограммах мы обнаруживали неспецифические признаки, например, признаки перерастяжения желудка у 2-х, реактивный парез кишечника у 4-х больных. Разрыв ДПК становился очевидным при поступлении газа в забрюшинное пространство со скоплением его вдоль краёв большой поперечной мышцы и околопочечном пространстве. У 7-и больных мы обнаруживали образование выпота в плевральной полости.

При разрыве ДПК дефект ушивается двухрядным швом, забрюшинное пространство дренировали широким дренажем, выведенным через контрапертуру. В пространстве кишки обязательно оставляли зону для постоянной аспирации, с целью ликвидации дуоденостаза. При обширном разрушении ДПК, когда ушивание раны невозможно, от кишки отсекали желудок, резецировали его дистальную половину, производили стволовую ваготомию и соединяли культю желудка анастомозом с мобилизированной по Ру тонкой кишкой, на значительном расстоянии от связки Трейца (60-70 см), что предотвращало антиперистальтическое забрасывание пищевых масс в ДПК (2, 3, 4). Следует, однако, иметь в виду, что резекция желудка, увеличивая продолжительность операции ее травматизм, повышая операционный риск и послеоперационную летальность, диктует хирургам необходимость использовать другие варианты выключения ДПК из пассажа желудочного содержимого, основанные на перекрытии просвета привратника. Для этого обычно вскрывают просвет желудка в антральном отделе и расширяют крючками Фарабефа, гастротомическое отверстие ушивают изнутри, слизистую оболочку привратника непрерывным швом из длительно нерассасывающегося материала. Гастротомическое отверстие используют для обходного гастроэнтероанастомоза. Для декомпрессии кишечника и последующего послеоперационного кормления проводят назогастральный зонд. Технические сложности ушивания привратника изнутри привели к разработке методики блокирования привратника снаружи путём пришивания его аппаратом УО-40 или УО-60 с погружением линии скобок серо-серозными швами. При наложении швов на резко изменённую стенку кишки в большинстве случаев развивается несостоятельность швов, что приводит к гибели больного. Наиболее целесообразной нам представляется методика М.М. Абакумова (2005) по выключению ДПК, которая заключается в наложении на стенку желудка субсерозного кисетного шва из толстого хромированного кетгута или

викрила, с проведением нити по задней стенке у головки поджелудочной железы, по передней стенке ниже пилорической вены перекрывается просвет кишечника, и нить завязывается. Место лигирования прикрывается непрерывным серо-серозным швом викрилом 2/0 на атравматической игле. Наложение обходного гастроэнтероанастомоза не занимает много времени. Приходится ограничиваться гастростомой или установкой назогастрального зонда для аспирации желудочного содержимого. Пассаж по ДПК восстанавливался через 3 месяца. Если разрыв ниже, в рану вводят силиконовый дренаж (2-х просветный) и фиксируют к ране кишки. Устанавливают дренаж (ограничивая тампонами) и выводят наружу. Для утилизации пищеварительных соков, которые в послеоперационном периоде поступают по дренажной трубке, находящейся в ДПК, проводят назогастральную интубацию.

У 2-х наших больных имелась картина острого реактивного панкреатита, но у 3-х больных травма ДПК сопровождалась более тяжёлым панкреатитом от ограниченных до распространённых его форм с вовлечением в процесс забрюшинной и парапанкреатической клетчатки с развитием признаков ранней полиорганной недостаточности. Подобным больным было необходимым проведение динамического ультразвукового исследования брюшной и грудной полостей, что позволяло по показаниям применять «закрытые», «открытые» или «полуоткрытые» дренирующие операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакумов М.М. Огнестрельные ранения груди и живота: взгляд на историю и особенности оказания хирургической помощи в условиях мегаполиса// Российский медицинский журнал. 2005. - №4. - С. 40-44
2. Абакумов М.М. Повреждение живота при сочетанной травме// Москва. 2005.
3. Сапожников М.А. Морфология закрытой травмы груди и живота//Москва. Медицина.1988. - С. 157
4. Чирков Р.Н., Абакумов М.М., Блохин В.Н., Диагностика и хирургическая тактика при травматических интрамуральных гематомах двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - №5. - 2008. - С. 33-36
5. Чирков Р.Н., Абакумов М.М., Блохин В.Н., Феллер В.С. Позднее осложнение травмы двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - №2. - 2008. - С. 69-70
6. Чирков Р.Н., Абакумов М.М., Дубровин И.А. Клинико-морфологическое обоснование хирургического лечения пострадавших с разрывом двенадцатиперстной кишки при закрытой травме живота. Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - №8. – 2009 г. - С. 11-14
7. Kline G., Lucas C.E., et al. Duodenal organ injury severity and outcome. Am. Surg. 1994; 60: 500-504.