

УДК 617.55-089

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

© 2006 г. В.Н. Ситников, В.А. Саркисян, М.В. Турбин, А.Л. Исаян

Частота травм 12-перстной кишки при закрытых сочетанных повреждениях органов брюшной полости составляет 0,2–17 % [1], при открытой – 3,5–5 % [2]. По нашим данным, частота повреждений 12-перстной кишки – 0,84 % по отношению ко всем травмам органов брюшной полости, из них закрытые – 0,49; колото-резаные – 0,33; огнестрельные – 0,02 %. Изолированные травмы 12-перстной кишки встречаются крайне редко, чаще – в сочетании с повреждениями других органов и систем.

Цель работы – улучшение результатов лечения больных с повреждением 12-перстной кишки.

Материалы и методы. Наш опыт охватывает 31 случай лечения пострадавших с сочетанными повреждениями 12-перстной кишки. При закрытой травме живота они встретились у 18 пострадавших (наиболее часто при автодорожной травме), при колото-резаных ранениях – у 12 и у одного больного причиной стало огнестрельное ранение.

Диагностика повреждений 12-перстной кишки – сложная проблема из-за полиморфности клинической картины, связанной с разнообразием повреждений самой кишки и других органов брюшной полости.

Клинические проявления и лабораторные исследования не имеют специфических признаков. Рентгенологи-

ческое исследование при внутрибрюшинных разрывах 12-перстной кишки выявляет наличие свободного газа и жидкости в брюшной полости, при внебрюшинных повреждениях – наличие газа в забрюшинном пространстве, а также вытекание контрастного вещества (водорастворимых трийодистых соединений) за пределы кишки.

При лапароскопии иногда можно обнаружить желтовато-зеленое пропитывание тканей на фоне забрюшинной гематомы, очаги стеатонекроза или пузырьки газа под париетальной брюшиной. Для уточнения повреждения рекомендуется использовать этот метод параллельно с введением через назогастральный зонд метиленового синего красителя.

КТ наиболее информативна при забрюшинных гематомах. На томограммах обнаруживается воздух или жидкость в забрюшинном пространстве, при исследовании с контрастным веществом – его затекание за контуры кишки. Отмечена высокая чувствительность метода при дифференциальной диагностике внутристеночной гематомы и разрыва стенки.

Интраоперационной диагностике помогают введение красителей через зонд в 12-перстную кишку после ее мобилизации и перекрытия в области связки Трейца и эзофагогастроудоденоскопия на операционном столе. Прокрашивание тканей в области де-

фекта или появление крепитации при инсuffляции воздуха разрешают диагностические трудности.

Ни у одного из 31 пострадавшего с закрытой травмой, колото-резаными и огнестрельными ранениями изолированных повреждений 12-перстной кишки не было, они сочеталось с повреждением других органов и систем. Наиболее часто вместе с 12-перстной кишкой повреждались: при закрытой травме – кишечник и печень, при открытой – печень, брыжейка и тонкий кишечник.

При выявлении интрамуральных гематом (4 клинических наблюдения – 12,9 %) производим разрез париетальной брюшины в стороне от гематомы, слизистую оболочку при этом не вскрываем, содержимое гематомы эвакуируем, после чего ушиваем место разреза и проводим гастродуоденальный зонд. Способ лечения, как при разрыве. В случае крупной гематомы и при сомнении в жизнеспособности кишечной стенки производим резекцию в пределах здоровых тканей.

Небольшие «свежие» разрывы второй порции 12-перстной кишки (11 операций – 35,4 %) без размозжения и инфицирования окружающих тканей ушиваем после экономного иссечения краев раны по общим правилам в поперечном направлении в два этажа. К ушитой кишке через отдельный разрез подводим на срок до 10 сут дренажные трубки, которые устанавливаем в зоне операции внутрибрюшинно и внебрюшинно через поясничный разрез. Назодуоденальный зонд с целью декомпрессии проводим ниже уровня наложения швов. Чтобы укрепить линию швов на стенке 12-перстной кишки, подшивают прядь сальника, петлю тонкой кишки, лоскут брюшины или

серозно-мышечный лоскут из тонкой кишки, используя защиту из синтетических материалов, шовно-клеевой метод.

При разрыве над сосочком (6 операций – 19,3 %) выполняем резекцию поврежденного участка 12-перстной кишки, накладываем задний гастроэнтероанастомоз на короткой петле. При разрыве под сосочком или в его непосредственной близости (3 операции – 9,7 %) дефект в стенке 12-перстной кишки можно ликвидировать путем подшивания петли тощей кишки, выключенной межкишечным анастомозом, по Брауну, или изолированным, по Ру, ее сегментом.

В послеоперационном периоде с целью предотвращения несостоятельности швов и развития панкреатита проводим декомпрессию 12-перстной кишки назогастральным способом или путем энтеростомии и накладываем холецистостому. При повреждении области сосочка общий желчный проток дренируем по Керу.

При свежих повреждениях более половины окружности кишки (5 операций – 16,1 %) ушиваем дефект двухрядным швом или с помощью подведенной петли тонкой кишки, выключение 12-перстной кишки «простой» дивертикулизацией ее, наложение гастроеюнального анастомоза на короткой петле, дренирование забрюшинного пространства. «Простая» дивертикулизация 12-перстной кишки заключается в прошивании антрального отдела желудка аппаратом УО и укрытии прошитого участка серозно-мышечными швами.

При одновременном повреждении желудка и 12-перстной кишки выполняем антрэктомия с гастроэнтероанастомозом (4 операции – 12,9 %).

В трех случаях (9,7 %) при крайне тяжелых сочетанных повреждениях и нестабильной гемодинамике пострадавшего для сокращения времени операции был сформирован наружный дуоденальный свищ с дивертикулизацией 12-перстной кишки. Свищ закрылся самостоятельно через 36 дней.

Общее количество операций превышает число пострадавших, так как одному и тому же пациенту сделаны, например, ушивание раны 12-перстной кишки + ликвидация интрамуральных гематом + дивертикулизация, формирование концевой наружного свища + гастроэнтероанастомоз и т. п.).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде умерли 4 пациента (12,9 %). Причиной смерти в двух случаях на 2, 3-и сут явилась тяжелая сочетанная травма черепа с ушибом головного мозга с субдуральным и субарахноидальным кровоизлиянием, травма грудной клетки с множественными (5 ребер в одном случае и 11 –

во втором) переломами ребер и повреждением легкого, переломы костей бедра и голени. Еще в двух наблюдениях причиной смерти на 5-е сут был фибринозно-гнойный перитонит и двухсторонний гнойный паранефрит (в одном случае). В танатогенезе ведущую роль сыграла несостоятельность швов 12-перстной кишки с образованием наружного свища, ограниченного подпеченочного и поддиафрагмального гнойников.

Выводы. При повреждениях 12-перстной кишки хирургическая тактика должна быть дифференцирована и зависит от локализации и размеров повреждений.

Литература

1. Вагнер Е.А., Урмак М.Г., Фирсов В.Д. // Вестн. хир. 1984. № 8. С. 76–79.
2. Королев М.П. и др. Хирургическая тактика при повреждении полых органов // Вестн. хир. 1998. № 10. С. 122.