

УДК 61.831-005-073.432.19:612.13

*И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко, А.В. Сивожезев, А.А. Тонкоглас,
В.В. Чугай, Н.А. Сыкал, С.В. Козаренко*

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Харьковский национальный медицинский университет

Повреждение двенадцатиперстной кишки при открытых и закрытых травмах органов брюшной полости по разным источникам составляет от 0,2 до 10%. В настоящее время не разработано единой тактики лечения этой категории больных, что связано с небольшим количеством наблюдений данной патологии у каждого лечебного заведения. Целью нашей работы является анализ результатов хирургического лечения больных находившихся под нашим наблюдением с травмой двенадцатиперстной кишки. Выбор метода оперативного вмешательства производится индивидуально интраоперационно для каждого больного. Общепринятой для всех является декомпрессия желчного дерева одним из способов, трансназальная интубация двенадцатиперстной кишки двухпросветным зондом, адекватная санация и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. В послеоперационном периоде обязательно медикаментозное подавление секреции желудочно-кишечного тракта и назначение антибиотиков широкого спектра действия.

Ключевые слова: травма, двенадцатиперстная кишка, хирургическое лечение.

Повреждение двенадцатиперстной кишки (ДПК) при открытых и закрытых травмах органов брюшной полости по разным источникам составляет от 0,2 до 10% [1, 3, 5]. Среди повреждений органов брюшной полости травма ДПК занимает особое место, что связано как с анатомическим расположением, так и с особенностями её функционирования.

ДПК относительно защищена окружающими органами, что часто определяет сочетанный характер повреждений и вытекающую из этого тяжесть состояния больных. Травма ДПК чаще встречается в сочетании с повреждениями других органов брюшной полости: поджелудочной железы (ПЖ), печени, селезенки, желудка, тонкого и толстого кишечника, холедоха, реже – с повреждениями аорты, нижней полой вены, почек [1, 3, 5].

В настоящее время не разработано единой тактики лечения этой категории больных, что связано с небольшим количеством наблюдений у каждого лечебного заведения касательно данной патологии. Отечественные и зарубежные авторы указывают на большое число осложнений и высокую летальность у данной категории больных (16,6-70% по различным источникам) [2, 6, 7].

Наиболее тяжелыми осложнениями травмы ДПК в послеоперационном периоде являются несостоятельность швов ДПК, развитие флегмоны забрюшинного пространства [2].

Целью нашей работы является анализ результатов хирургического лечения боль-

ных находившихся под нашим наблюдением с травмой ДПК.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 26 пациентов с различной степенью повреждения ДПК за период с 2000 по 2010г. Преимущественно это мужчины трудоспособного возраста – 21 (80,8%) пациент и 5 (19,2%) пациентов женщины. Механизмом травмы у 16 пациентов было ножевое ранение; 9 – закрытая травма живота, у 1 – огнестрельное ранение. У 23 пациентов повреждения ДПК кишки были сочетанными. Сочетанные интраабдоминальные повреждения отмечены со стороны следующих органов: травма печени – 8 случаев, ПЖ – 5 случаев, селезенки – 6 случаев, желудка – 4 случая, петель тонкого кишечника – 14 случаев, толстого кишечника – 7 случаев, почки – 1 случай, холедоха – 2 случая. У половины пациентов была сопутствующая черепно-мозговая травма. 10 пациентов находились в состоянии алкогольного опьянения. Большинство пострадавших были доставлены в стационар через 6 часов от момента травмы – 22 (84,6%) пациента, в период от 6 до 12 часов – 3 (11,5%) пациента, и 1 (3,8%) пациент поступил позже 24 часов в тяжелом состоянии с признаками эндотоксического шока, полиорганной недостаточностью, клиникой разлитого перитонита.

В момент поступления все больные находились в тяжелом состоянии, предъявляли жа-

лобы на боли в животе, тошноту, рвоту, слабость, одышку.

Больным проводились стандартные обследования: клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, рентгенография органов брюшной полости и органов грудной клетки, ультразвуковое и КТ-исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, лапароцентез, лапароскопия. Все больные оперированы в срок до 2 часов с момента поступления в стационар.

Для характеристики степени повреждения травм ДПК мы использовали классификацию Е.Мооре и соавторы, в которой выделяются 5 степеней повреждения ДПК:

I степень – гематома занимает одну часть ДПК или имеется надрыв стенки не проникающий в просвет кишки.

II степень – гематома занимает более одной части ДПК или имеется разрыв менее 50% окружности ДПК.

III степень – разрыв 50-75% окружности второй части ДПК или 50-100% окружности или локализация в первой, третьей и четвертой порциях.

IV степень – разрыв более 75% окружности во второй порции с повреждением ампулы и дистальной части холедоха.

V степень – массивное повреждение панкреатодуоденальной зоны или деваскуляризация ДПК.

При выборе метода хирургического лечения у данной категории больных необходимо было учитывать следующие основные факторы:

- тяжесть состояния больного, обусловленная сочетанным повреждением,
- время, прошедшее с момента получения травмы (по данным различных отечественных и зарубежных источников целесообразно ушивание раны ДПК спустя не более 6 часов с момента получения пациентом травмы).
- расположение зоны повреждения относительно БДС.

Результаты и обсуждение

Все 26 больных были оперированы в urgentном порядке под общим обезболиванием. Показанием к оперативному лечению была клиника разлитого перитонита, клиника внутрибрюшного кровотечения, наличие свобод-

ного газа и жидкости в брюшной полости, выявленное при рентгенологическом исследовании органов брюшной полости.

При интраоперационной ревизии размеры ран ДПК варьировали от 0,5см до полного ее пересечения. Частота повреждений различных участков была варибельная. При проникающих ранениях живота чаще встречались разрывы внутрибрюшной части – у 14 (53,8%) пострадавших, у 8 (30,8%) – забрюшинная часть, у 4 (15,4%) – сквозная рана. При закрытой травме живота лишь у 15% – больных были внутрибрюшные разрывы. Наиболее часто имелись повреждения нижней горизонтальной части – у 10(38,5%), нисходящей части – 9 (34,6%) и нижнего изгиба – у 7 (26,9%) пострадавших с травмой ДПК.

Раны ДПК I-III степени, не более 6 часов с момента получения травмы, старались ушить, накладывая первичный двухрядный шов с предварительной мобилизацией ДПК по Кохеру, что уменьшает степень натяжения швов.

При повреждении IV-V степени и в сроки с момента повреждения более 6 часов выполняют выключение ДПК одним из способов, наложения гастроэнтероанастомоза с Брауновским соустьем. У одного пациента с сочетанным повреждением ДПК и ПЖ выполнена ПДР.

При лечении больных с сочетанным повреждением ДПК и ПЖ использовался разработанный нами «Спосіб лікування тяжких по-



Рис. КТ пациента 22 лет с V степенью повреждением: сочетанное повреждение ДПК и ПЖ

шкодженъ гепатопанкреатодуоденальної області» (Патент України № 53062). Спосіб здійснюється наступним чином: проводиться тампонада джерела кровотечення хірургічними серветками, здійснюється декомпресія забрюшинного простору шляхом розтинання парієтальної брюшини вздовж висхідної і нисхідної товстої кишки. Пошкодження порожніх органів ізолюють при допомозі шийних апаратів. Брюшну порожнину не дренирують, а тимчасово, швидко закривають хірургічними щипками. Повторну операцію здійснюють через 48-72 години після стабілізації пацієнта.

Клінічне спостереження: хворий 35 років прийшов в екстреному порядку після ДТП. Було виконано екстрена комп'ютерна томографія результати якої наведено на малюнку. Хворий лікувався за описаною методикою.

К щастю пошкодження IV-V ступеня зустрічаються рідко і не перевищують за нашими даними 7%. Обов'язковим вважається декомпресія жовчних шляхів шляхом накладення холецистостоми або зовнішнім дренируванням жовчного протока, так як в жовчі містяться компоненти, що перешкоджають репаративним процесам. Передбачається так само інтубація ДПК двупрохідним зондом з введенням його за зону дефекту і промивання ДПК.

Кожна операція закінчується дренируванням брюшної порожнини сальникової сумки і забрюшинного простору. Кількість і розташування дренажів залежить від вираженно-

сти запалювальних змін брюшини і забрюшинного простору.

Характер оперативних втручань при травмі ДПК наведено в таблиці 1.

Чаще всего использовалось ушивание ДПК, её интубация, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Летальность при использовании данной методики составила 35.7%.

В послеоперационном периоде обязательным является подавление секреторной активности желудочно-кишечного тракта современными препаратами и назначение антибиотиков широкого спектра действия. В трансназальный зонд вводится раствор аминокaproновой кислоты.

Как показывает наш опыт, основным видом оперативного лечения больных с повреждениями ДПК и ПЖ является ушивание двухрядным швом кишечника с последующей интубацией ДПК двухпросветным зондом для активной аспирации, декомпрессии и промывания. Обязательным считаем выполнение декомпрессии желчного дерева путем наружного дренирования желчного протока одним из способов. Целью раннего хирургического лечения повреждений ПЖ являлись остановка кровотечения, ликвидация подтекания панкреатического сока и содержимого ДПК в брюшную порожнину, предупреждение развития острого деструктивного панкреатита и свища ДПК.

При повреждениях ПЖ, не затрагивающих панкреатического протока, тактика сводилась к следующим мероприятиям: лаваж брюшной порожнини, удаление нежизнеспособных фраг-

Характер оперативных вмешательств при травме ДПК

Таблица 1.

Характер оперативных вмешательств	Количество пострадавших			
	Всего		Умерло	
	Абс.	%	Абс.	%
Шов ДПК, её интубация, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	14	53	5	35,7
Выключение ДПК одним из способов, наложение гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	9	34,6	2	22,2
Панкреатодуоденальная резекция	1	3,8	–	–
Всего	26	100	7	26,9

Таблиця 2.

Характер послеоперационних ускладнень

Осложнения	Выжило		Умерло		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дуоденальный свищ	1	3,8	1	3,8	2	7,7
Деструктивный панкреатит	–	–	2	7,7	2	7,7
Сепсис	1	3,8	2	7,7	3	11,5
Полиорганная недостаточность	1	3,8	2	7,7	3	11,5
Абсцессы брюшной полости	–	–	1	3,8	1	3,9
Забрюшинная флегмона	1	3,8	1	3,8	2	7,7
Всего	4	15,4	9	34,6	13	50

ментов ткани железы, гемостаза с последующим наложением швов на капсулу железы. При невозможности ушивания раны ПЖ она оставалась незащитой, а к месту разрыва проводился проточный дренаж. Производилось проточное дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости зависело от наличия и обширности распространения перитонита.

Данная категория больных характеризуется большим числом послеоперационных осложнений (табл. 2).

Наиболее частыми осложнениями сочетанной травмы ДПК является сепсис (11,5%), полиорганная недостаточность (11,5%), дуоденальный свищ (7,7%), деструктивный панкреатит (7,7%). Самая высокая летальность отмечена в группах больных с развитием деструктивного панкреатита, сепсиса и полиорганной недостаточности. В этих группах она составила – 7,7% от общего числа пострадавших. Общая летальность при развитии ближайших осложнений составила 34,6%.

У всех больных в послеоперационном периоде применялись антибиотики широкого спектра действия (зинацеф, фортум), применялся сандостатин или октериостатин. Для парантерального питания использовались адаптированные смеси (аминсол, инфезол). С целью борьбы с тканевой гипоксией у 4 больных использован кровезаменитель с функцией переноса кислорода – перфторан.

В результате анализа данных выявлено несколько факторов повышенного риска послеоперационных осложнений:

- панкреатодуоденальная травма;
- размер дефекта в нисходящем отделе ДПК;
- наличие забрюшинной флегмоны и перитонита;
- некроз краев стенки ДПК (старая рана, огнестрельное ранение);
- срок более 6 часов с момента травмы.

Выводы

Повреждения ДПК являются сложной патологией с высокой летальностью до 34,6% и большим числом послеоперационных осложнений до 50%.

Выбор метода оперативного вмешательства производится индивидуально интраоперационно для каждого больного.

Общепринятой для всех является декомпрессия желчного дерева одним из способов, трансназальная интубация ДПК двухпросветным зондом, адекватная санация и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства.

В послеоперационном периоде обязательно медикаментозное подавление секреции желудочно-кишечного тракта и назначение антибиотиков широкого спектра действия.

ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ ДВЕНАДЦАТИПАЛОЇ КИШКИ

И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко, А.В. Сивожелізов, А.А. Тонкоглас, В.В. Чугай, Н.А. Сикал, С.В. Козаренко.

Пошкодження дванадцятипалої кишки при відкритих та закритих ушкодженнях черевної порожнини за даними різних авторів складає від 0,2 до 10%. На даний момент не розроблено єдиної тактики

лікування цієї категорії хворих, що пов'язано з незначною кількістю спостережень у кожному лікувальному закладі відносно даної патології. Метою нашої роботи був аналіз результатів хірургічного лікування хворих з наведеною патологією. Вибір методу оперативного втручання виконується індивідуально інтраопераційно для кожного хворого. Загальновизнано для всіх цих випадків виконання декомпресія жовчного дерева одним, трансназальна інтубація дванадцятипалої кишки трансназальним зондом, адекватна санація та дренивання черевної порожнини та заочеревинного простору. У післяопераційному періоді обов'язкове медикаментозна інгібіція секреторної активності травного каналу і призначення антибіотиків широкого спектру дії.

Ключові слова: травма, дванадцятипала кишка, хірургічне лікування.

TRAUMATIC DAMAGES OF THE DUODENUM

I.A. Kryvoruchko, S.N. Teslenko, A.V. Sivogelezov, A.A. Tonkoglas, V.V. Chugaj, N.A. Sikal, S.V. Kozarenko

Damage of the duodenum at the open and closed traumas of abdominal organs, on different sources makes from 0,2 to 10 %. Now it is not developed uniform tactics of treatment of this category of patients that is connected with a small amount of supervision of the given pathology at each medical institution. The purpose of our work is the analysis of results of surgical treatment of patients were under our supervision with a trauma of the duodenum. The choice of a method of operative intervention is made individually during operation for each patient. For adequate sanitation carry

out drainage of abdominal cavity, decompression bilious tree, intubation of duodenum by double tube. In the postoperative period necessarily medicamentous suppression of secretion of a stomach and a prescription of antibiotics.

Key words: trauma, duodenum, surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асланян А.А. Хирургическое лечение открытых и закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки / А.А. Асланян, В.Г. Харченко, С.А. Асланян, С.А. Мунтян // Хирургия. – 1997. – № 4. – С. 84-97.
2. Бойко В.В. Запобігання неспроможності швів ран дванадцятипалої кишки / В.В. Бойко, В.П. Польовий, Б.О. Мільков, // Харківська хірургічна школа. – 2006. – №1. – С. 13-14.
3. Иванов П.А. Повреждение органов панкреатобилиарной зон / П.А. Иванов, А.В. Гришин, Д.А. Корнеев, С.А. Зиняков // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 39-43.
4. Комаров Н.В. Повреждения двенадцатиперстной кишки в практике районного хирурга / Н.В. Комаров, В.В. Бушуев, К.Е. Ляхманов, Р.Н. Комаров // Вестник хирургии им. Грекова. – 2004. – Т.163, №2. – С. 92-93.
5. Молитвослов А.Б. Диагностика и лечебная тактика при травме двенадцатиперстной кишки / А.Б. Молитвослов, А.К. Ерамишанцев, А.Е. Макаров и др. // Хирургия. – 2000. – № 5. – С. 52-57.
6. Османов Р.Р. Хірургічна тактика у хворих з травматичними ушкодженнями дванадцятипалої кишки / Р.Р. Османов, Р.И. Османов // Харківська хірургічна школа. – 2007. – № 2. – С. 128.
7. Тесленко С.Н. Сочетанные повреждения поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки / С.Н. Тесленко // Врачебная практика. – 2005. – № 6. – С. 14-16.

Стаття надійшла 4.03.2011