

УДК 626.342-001-003.215-07-089

*С.Б. Пеев, В.В. Бойко, П.Н. Замятин, Е.Г. Доценко***ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ИНТРАМУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА***ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков*

В ГУ „Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины” с 1990 по 2010 гг. находилось на лечении 10 пострадавших с интрамуральными гематомами двенадцатиперстной кишки (ДПК) различной локализации. Из них у 5 пострадавших выявлена изолированная гематома ДПК, у остальных раненных по мимо интрамуральной гематомы ДПК, была диагностирована забрюшинная гематома. Из 10 пострадавших с интрамуральной гематомой стенки ДПК умерли 3.

**Ключевые слова:** травма, гематома, перитонит, двенадцатиперстная кишка.

Одним из сложных и довольно противоречивых вопросов диагностики и хирургического лечения пострадавших с травмой живота является повреждение ДПК. На сегодняшний день частота повреждения ДПК в структуре повреждений органов брюшной полости составляет около 2% и не превышает 10% в структуре травм органов пищеварения [1, 2, 3]. Частота осложнений и уровень летальности у таких пострадавших высоки и, по данным литературы, достигают 100% [1, 3]. Это объясняется сочетанными и множественными повреждениями печени или крупных сосудов, органов забрюшинного пространства, особенностями анатомии и физиологии ДПК, а также отсутствием унифицированной схемы диагностики и хирургического лечения разнообразных повреждений этой зоны [1]. Особые трудности в диагностике и лечении встречаются при интрамуральных гематомах ДПК [1, 3].

**Цель исследования** – проанализировать возможные пути усовершенствования диагностики и лечения пострадавших с интрамуральными гематомами двенадцатиперстной кишки травматического генеза.

**Материал и методы**

В ГУ „Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины” с 1990 по 2010 гг. находилось на лечении 10 пострадавших с интрамуральными гематомами ДПК различной локализации, что составило 8,4% от всех травм двенадцатиперстной кишки за данный период времени. У всех пострадавших повреждения ДПК носили закрытый характер. Средний возраст составил  $35 \pm 8$  лет. У 6 чело-

век причиной повреждения ДПК явилась автотравма, у 4 – сдавление туловища. Все пострадавшие были доставлены в стационар в первые 6 ч с момента травмы с клинической картиной внутреннего кровотечения или нарастающего болевого синдрома и рвоты. Всем больным при поступлении для диагностики характера повреждения применено рентгеноконтрастное исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в 4 наблюдениях проведено эндоскопическое исследование (ФГДС). В 6 наблюдениях осуществлена видеолапароскопия. Все пациенты оперированы под комбинированным эндотрахеальным наркозом в первые 3 ч после поступления в клинику. Во время операции у 5 пострадавших выявлена изолированная гематома ДПК, у остальных раненных по мимо интрамуральной гематомы ДПК, была диагностирована забрюшинная гематома.

**Результаты и обсуждение**

При поступлении пациенты обеих групп предъявляли жалобы на рвоту, возникавшую через 1-2 ч после получения травмы и повторяющуюся, рвотные массы были необильными, в основном в виде слизи с примесью желчи, сукровицы. Боль чаще всего локализовалась в эпигастральной области и имела прогрессирующий характер. Локализация боли была обусловлена характером травмы других органов брюшной полости.

При проведении обзорной рентгеноскопии брюшной полости в 3 наблюдениях заподозрен разрыв забрюшинной части ДПК по выявленному на рентгенограмме скоплению

пузырьков газа в забрюшинном пространстве в проекции ДПК. При рентгеноконтрастном исследовании ДПК с бария сульфатом у всех пострадавших обнаруживалось сужение просвета ДПК различной степени и протяженности. В ряде наблюдений отмечен дефект наполнения, кроме того, констатировалось снижение перистальтической активности ДПК и как следствие ее – замедление эвакуации контрастного вещества.

У пострадавших с сочетанием интрамуральной гематомы ДПК и забрюшинной гематомы наряду с вышеуказанными рентгенологическими признаками выявлен ряд других симптомов:

- отсутствие (сглаженность) контуров поясничной мышцы;
- затенение правой поясничной области;
- оттеснение желудка вверх, поперечной ободочной кишки вниз, при проведении экскреторной урографии – правого мочеточника кнаружи.

При ФГДС у 3 пациентов отмечалось асимметричное сужение просвета ДПК извне, слизистая была растянута, воздухом расправлялась плохо, у 1 пациента – геморрагическое пропитывание дуоденальной стенки, поэтому в ее просвете было умеренное количество сукровичной жидкости с примесью желчи. Клинико-рентгенологическая картина диагностированной интрамуральной гематомы в сопоставлении с данными ФГДС явилась показанием к экстренной срединной лапаротомии. При этом выявлены также повреждения других органов: печени (3), почки (2), надпочечника (1). В 2 наблюдениях диагностировано повреждение нижней полой вены с образованием массивной забрюшинной гематомы.

Во всех наблюдениях применяли мобилизацию ДПК по Кохеру. Для доступа к нижней полой вене у 3 (37,5%) пострадавших применялась мобилизация правой половины ободочной кишки с последующим ее смещением в медиальном направлении.

При проведении ревизии стенки ДПК были диагностированы интрамуральные гематомы следующих локализаций: в верхнегоризонтальном отделе – у 2, нисходящем отделе – у 4, в нижнегоризонтальном – у 3 и в восходящем – у 1 (12,5%) больного. Интрамуральная гематома располагалась в 3 наблюдениях в подслизистом, в 2 в мышечном слоях дуоденальной стенки.

Интраоперационная диагностика интрамуральной гематомы ДПК являлась далеко не простой. В 3 наблюдениях гематомы субсерозной локализации визуализировались. Субмукозная гематома определялась как расположенное в просвете кишки опухолевое образование без четких границ, что с учетом клинической картины высокой тонкокишечной непроходимости позволило диагностировать локализацию кровоизлияния в стенку кишки. В зависимости от локализации интрамуральной гематомы ДПК дальнейшая тактика была различной. В 3 наблюдениях при интрамуральных гематомах субсерозной локализации производили ее вскрытие и опорожнение, кровоточащий сосуд прошивали, после чего ушивали серозную оболочку. Тактика при интрамуральной гематоме подслизистого и мышечного слоев в забрюшинной части ДПК была иной. В 2 наблюдениях разрез стенки ДПК выполнен в проекции кровоизлияния до мышечного слоя вдоль оси нисходящего отдела ДПК. Такой доступ из-за пересечения внутривисцеральных сосудов стенки кишки требовал их лигирования, что в дальнейшем усугубляло ишемию тканей кишечной стенки. Вследствие этого у одного больного в послеоперационном периоде сформировалась флегмона дуоденальной стенки с перфорацией и развитием абсцесса в парапанкреатическом пространстве. В 3 наблюдениях доступом для вскрытия гематомы был избран разрез тканей стенки кишки вдоль питающих сосудов, что позволило избежать дополнительной травматизации сосудов дуоденальной стенки. Объем крови, излившейся из гематомы ДПК, составлял от 100 до 250 мл. В 4 наблюдениях интрамуральных гематом при их вскрытии был выявлен кровоточащий внутривисцеральный сосуд и осуществлен гемостаз путем лигирования и прошивания. После этого проводили туалет полости гематомы раствором антисептика и ушивание стенки ДПК. Оперативные вмешательства на дуоденальной стенке завершали декомпрессией ДПК: постановкой назодуоденального зонда дистальнее места локализации интрамуральной гематомы у 6 больных, наложением гастроэнтероанастомоза с межкишечным анастомозом по Брауну у 1 либо исключением ДПК путем лигирования или прошивания верхнегоризонтального ее отдела аппаратом УО с последующим наложением гастро-

энтероанастомоза у 3 пациентов. Операции заканчивались установкой трубчатых дренажей в парапанкреатическом, парадуоденальном и подпеченочном пространствах. В 2 наблюдениях из 10 при забрюшинной локализации травматического процесса дополнительно осуществлена постановка сигарообразного тампона через люмботомную рану.

Течение послеоперационного периода довольно длительно характеризовалось тяжелым состоянием пострадавших, связанным в первую очередь с явлениями имевшейся выраженной высокой (дуоденальной) кишечной непроходимости и послеоперационного переза кишечника. Кроме этого, у 3 пострадавших на 8, 10, 11 сутки отмечалось формирование различных гнойных осложнений, потребовавших проведения релапаротомии. У одного больного, которому был выполнен продольный разрез стенки ДПК, возникла флегмона стенки ДПК с абсцедированием парапанкреатического пространства. Еще у одного пострадавшего была констатирована несостоятельность ранее наложенного дуоденального шва. Повторное ушивание раны стенки ДПК было нецелесообразным из-за выраженной инфильтрации, отек ее краев и, следовательно, крайне высокой вероятности повторного возникновения несостоятельности. В этом наблюдении была осуществлена трансназальная декомпрессия ДПК, а также постановка катетера Петцера в просвет ДПК через рану стенки кишки с последующим окутыванием его сальником и ограничением сигарообразными тампонами, т.е. попытка сформировать наружный дуоденальный свищ. Во всех наблюдениях релапаротомия заканчивалась дренированием парадуоденальной зоны, брюшной полости и забрюшинного пространства. У одного пациента с забрюшинной флегмоной произведено дренирование через люмботомный разрез.

Из 10 пострадавших с интрамуральной гематомой стенки ДПК умерли 3, летальность составила 30%. Один пациент умер во время операции из-за острой массивной кровопотери из поврежденной стенки нижней полой вены. Причиной смерти остальных 2 пациентов явилась прогрессирующая полиорганная недостаточность вследствие развития перитонита и забрюшинной флегмоны.

### **Выводы**

1. Появление у пострадавшего через 2-3 ч после травмы клинической картины высокой кишечной непроходимости может указывать на наличие интрамуральной гематомы стенки ДПК.

2. Для опорожнения гематомы целесообразно использовать разрез, параллельный питающим ее сосудам.

3. Объем оперативного вмешательства заключается в ревизии полости гематомы, гемостазе и ушивании дефекта стенки ДПК, обеспечении ее декомпрессии, а также широкого дренирования зоны повреждения брюшной полости и забрюшинного пространства.

4. При возникновении несостоятельности швов ДПК следует идти на формирование дуоденального свища путем постановки катетера в просвет ДПК через дефект ее стенки с отграничением этой зоны от брюшной полости большим сальником.

### **ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ІНТРАМУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ**

*С.Б. Пеев, В.В. Бойко, П.Н. Замятин, Е.Г. Доценко*

У ДУ „Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України” з 1990 по 2010 рр. перебувало на лікуванні 10 потерпілих з інтрамуральними гематомами дванадцятипалої кишки (ДПК) різної локалізації. З них в 5 потерпілих виявлена ізольована гематома ДПК, в інших поранених по мимо інтрамуральної гематоми ДПК, була діагностована заочеревинна гематома. З 10 потерпілих з інтрамуральної гематомою стінки ДПК умерли 3.

**Ключевые слова:** травма, гематома, перитоніт, дванадцятипала кишка.

### **DIAGNOSTICS AND SURGICAL TACTIC OF INTRAMURALIS HAEMATOMAS OF DUODENUM OF TRAUMATIC GENESIS**

*S.B. Peev, V.V. Boyko, P.N. Zamyatin, E.G. Docenko*

In GU „Institute of general and urgent surgery of AMN of Ukraine” from 1990 to 2010 was on treatment 10 пострадавших with the intramuralis haematomas of duodenum of different localization. From them at 5 пострадавших the isolated haematoma of duodenum is exposed, at other injured to on by the intramuralis haematoma of duodenum, an extraperitoneal haematoma was diagnosed. From 10 patient 3 died with the intramuralis haematoma of wall of duodenum.

**Key words:** trauma, haematoma, peritonitis, duodenum.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Абрамов А.Ю. Опыт хирургического лечения поврежденной двенадцатиперстной кишки / А.Ю. Абрамов, А.Б. Ларичев, А.В. Волков // *Материалы Всероссийской конференции общих хирургов 16-17 мая 2003 г.* – Ростов-н/Д., 2003. – С. 57-59.
2. Абакумов М.М. Особенности диагностики и определения рациональной лечебной тактики при закрытой сочетанной травме живота / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук // *Российский медицинский журнал.* – 2003. – № 2. – С. 16-20.
3. Бойко В.В. Принципи надання медичної допомоги потерпілим із закритою травмою живота на догоспітальному етапі / В.В. Бойко, В.П. Польовий, В.Б. Рева // *Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць Української військово-медичної академії.* – 2006. – Вип. 17, розділ 5. – С. 306-311.

---

Стаття надійшла 24.02.2011