

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

И.Ш. ШОНАЗАРОВ, С.И. НАРЗУЛЛАЕВ, Ф.О. МИЗАМОВ, Т.Т. МАНСУРОВ, О.М. ХОЛМИРЗАЕВ
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

ҚУШМА АБДОМИНАЛ ТРАВМАДА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАКНИНГ ШИКАСТЛАНИШИДА БИЗНИНГ ДИАГНОСТИК ВА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАМИЗ

И.Ш. ШОНАЗАРОВ, С.И. НАРЗУЛЛАЕВ, Ф.О. МИЗАМОВ, Т.Т. МАНСУРОВ, О.М. ХОЛМИРЗАЕВ
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд
Республика шошилинич тез ёрдам илмий Маркази Самарканд филиали

OUR EXPERIENCE OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TWELFTH DIAGNOSTIC DAMAGE IN COMBINED ABDOMINAL TRAUMA

I.Sh. SHONAZAROV, S.I. NARZULLAEV, F.O. MIZAMOV, T.T. MANSUROV, O.M. HOLMIRZAEV
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand
Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care

Бугунги кунда дунёнинг турли клиникаларида дуоденум жароҳатларида турли хил тактикалар қўлланилмоқда. Аммо шундай бўлсада, дуоденум жароҳатларида бир тухтамга келинган диагностика усули ва даволашда тактика ишлаб чиқилмаган ва бу ҳолат уз вақтида ушбу муаммонинг долзарблигидан дарак беради. Ушбу мақолада биз дуоденум жароҳатларида узимиз таклиф қилган диагностика проба ва қўллаган тактикани келтирдик.

Ключевые слова: абдоминал травма, ўн икки бармоқ ичак жароҳати, даволаш тактикаси.

On today's day in various clinics of the world apply various methods of operative treatment at traumas duodenun guts. However to cup a time is not present accurate indications to a certain method of diagnostics and operative treatment of traumas duodenun a gut that speaks about an urgency of this problem. In article the diagnostic test offered by authors for revealing of traumas duodenun is resulted and are described tactics of operative intervention.

Key words: a stomach trauma, a trauma of a duodenal gut, treatment tactics.

Актуальность. Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается одной из наиболее сложных и не до конца решенных проблем неотложной хирургии. При изолированных травмах ДПК летальность составляет 11,8-30,5%, а при сочетанных 46,6-80,0% [1,5,6]. Диагностические и тактические ошибки при оказании помощи пострадавшим с повреждениями ДПК нередко приводят к развитию жизнеугрожающих осложнений в раннем послеоперационном периоде, частота которых колеблется от 25,0 до 72,5% [4,14,15] и высокой летальности. В случаях развития забрюшинной флегмоны летальность может достигать 100% [7,16].

Высокая летальность обусловлена несостоятельностью швов, посттравматическим панкреатитом и развитием гнойных осложнений - забрюшинной флегмоны, перитонита и сепсиса [8,10]. В последние годы наметились тенденция к увеличению частоты повреждений ДПК, что в первую очередь связано с увеличением количества автомобильных травм, падений с высоты (кататравма), ранений живота холодным и огнестрельным оружием [11].

До настоящего времени нет единых подходов в определении характера и объема оперативного вмешательства при повреждениях ДПК [9,12,13]. Некоторые авторы рекомендуют ограничиться наложением двухрядного шва на дефект ДПК, другие дополняют первичный шов дренирующими желудок операциями. Ряд хирургов отдает предпочтение операциям на «выключение» ДПК, а в отдельных случаях прибегают к ее резекции, или используют серозно-мышечно-подслизистый лоскут большой кривизны желудка на сосудистой ножке для укрытия линии швов ДПК [2,3].

Наибольшие затруднения в своевременной постановке диагноза отмечаются при повреждениях забрюшинной части ДПК, которые не диагностируются у 10-30% пострадавших [15].

Цель исследования. Улучшить результаты лечения повреждений двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования. Основу настоящего исследования составили наблюдения за 18 больными с закрытыми повреждениями (87,5%) и ранениями (12,5%) ДПК, находившиеся

на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2004 по 2016 годы.

Среди пострадавших мужчин было 15 (83,3%), а женщин - 3 (16,7%). При этом средний возраст мужчин составил $37,8 \pm 9,3$ лет, женщин - $32,4 \pm 13,6$ лет. Повреждения ДПК в 4 (22,2%) наблюдениях были в результате падения с высоты (кататравма); в 6 (33,3%) случаях - автодорожные происшествия; в 3 (16,6%) - производственные травмы, и суицидные попытки - в 2 (11,1%) наблюдениях, ятрогенное повреждение возникло в 1 (5,5%) наблюдении, избиение - у 2 больных.

В первые 6 часов с момента травмы в стационар поступило 13 (72,2%) пациентов. В сроки от 6 до 24 часов поступил 3 (16,6%) больной, позже 24 часов был госпитализирован 2 (11,1%) пострадавший.

Изолированной травма оказалась в 3 (16,6%) наблюдениях. На долю сочетанных (черепно-мозговая травма, груди, конечностей и таза) и множественных травм пришлось 83,4%, которые чаще выявлялись при ранениях ДПК, что влияло на степень тяжести данного вида повреждений. Повреждения ДПК сочетались с травмой поджелудочной железы - 6 (33,3%), печени - 4 (22,2%), желчного пузыря - 3 (16,6%), тонкого кишечника - 2 (11,2%) и желудка - 1 (5,5%).

Повреждения нисходящего отдела ДПК выявлены в 11 (61,1%) случаях, ниже-горизонтальной части - в 4 (22,2%) случаях, верхне-горизонтальной части ДПК - в 3 (16,6%) наблюдениях.

В состоянии шока поступили 9 (50,25%) пациентов. Из них шок I степени отмечен у 2 (12,5%), шок II степени - у 8 (50,0%), шок III степени - у 4 (25,0%), в терминальном состоянии (шок IV) были доставлены 2 (12,5%) потерпевших.

Анализ клинических наблюдений больных с повреждениями ДПК производился на основании изучения анамнеза, жалоб больного, данных объективного и инструментального обследования. Результаты исследования не выявили патогномичных симптомов, характерных повреждений ДПК. В 11,1% случаев больные вообще не предъявляли никаких жалоб. Кроме того, клиническая картина повреждений ДПК у многих больных была стертой или «замаскированной» сочетанными повреждениями других органов и анатомических областей, отсутствием сознания и алкогольным опьянением.

При поступлении в стационар всем больным выполняли клинический и биохимический анализы крови, рентгенологическое исследование, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и диагностическую лапароскопию, а при необходимости компьютерную томографию. Благодаря проведенным орга-

низационным мероприятиям и оснащением современной оборудованностью и квалифицированным персоналом позволило значительно расширить диагностические возможности и сократить время обследования больных поступающих по экстренным показаниям с закрытыми травмами и ранениями живота и острой хирургической патологией. У подавляющего большинства пациентов с травмами и ранениями живота обследование выполнялось непосредственно в операционной на фоне проведения противошоковых мероприятий.

При травмах органов брюшной полости одной из сложных проблем является диагностика забрюшинных разрывов двенадцатиперстной кишки. Особенно трудно распознать разрывы двенадцатиперстной кишки с наличием обширных гематом в забрюшинном пространстве. Для таких ситуаций мы предложили пробу, которая проводится непосредственно на операционном столе.

В двенадцатиперстную кишку вводят стерильный зонд с отверстием на конце. Ниже привратника под кишку подводят тонкую полихлорвиниловую трубку, которую в виде турникета затягивают поверх кишки. Ниже связки Трейца на кишку накладывают мягкий кишечный жом (рис. 1).

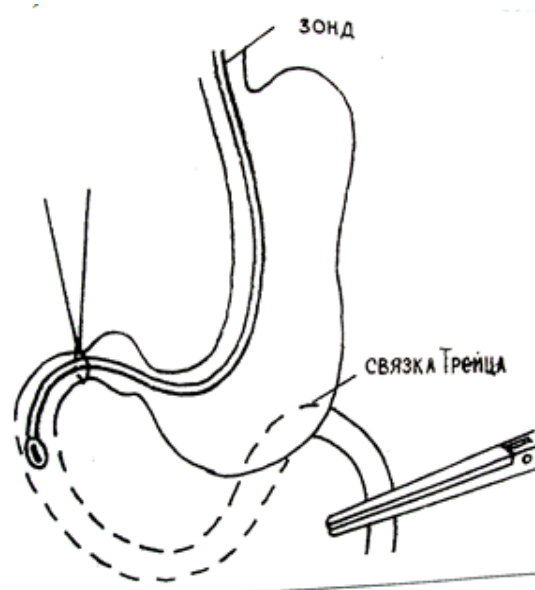


Рис. 1. Схема диагностики забрюшинных разрывов ДПК

При этом искусственно создается изолированная замкнутая полость. Затем через зонд вводят 150-200 мл окрашенного метиленовой синий раствора фурациллина. По мере заполнения раствором полости и повышения в ней гидростатического давления стенка кишки расправляется. При наличии разрыва окрашенный раствор проникает в забрюшинное пространство и через париетальную брюшину просвечивается, а при разрывах

брюшины он свободно изливается в брюшную полость.

В сомнительных случаях таким же образом через зонд вводят контрастное вещество и выполняют обзорную рентгенографию органов брюшной полости.

Предложенный способ проверен на практике у 3 больных в трудных для диагностики ситуациях, он помогал распознать забрюшинные разрывы двенадцатиперстной кишки (удостоверение на рац.предл. СамМИ №1359 от 2.02.2008 г.).

Результаты и обсуждение. Для определения наиболее оптимальной лечебно-диагностической программы и преемственности в оказании специализированной хирургической помощи нами использована общепризнанная классификация E. Moore et al. (1990).

I степень повреждения – небольшая гематома или неполный надрыв без повреждения слизистой.

II степень повреждения – большая гематома или разрыв менее 50% окружности.

III степень повреждения – большой поперечный разрыв 50-70% окружности (сегмент D2) или 50-100% окружности (сегмент D1, D2, D3).

IV степень повреждения – очень большой (75-100%) разрыв D2, разрыв ампулы и дистальной части ДПК.

V степень повреждения – массивная панкреато-дуоденальная рана с деваскуляризацией ДПК.

При лечении пострадавших с травмой и ранениями ДПК у 2 (11,1%) пациентов ограничили наложением первичного шва. В 6 (33,3%) наблюдениях первичный шов ДПК дополняли холецистостомией и дренированием сальниковой сумки, трансназально устанавливали декомпрессионный зонд в ДПК для активной аспирации и проводили за связку Трейтца интестинальный зонд для питания. При повреждениях более половины окружности ДПК первичный шов дополнялся простой дивертикулизацией ДПК (1 случай), в 2 случаях дивертикулизация ДПК произведена по Доновану-Хагену (антрумэктомия, стволовая ваготомия, гастроэнтероанастомоз на длинной петле, холецистостома), в 3 случаях больным было наложено питательная еюностомия по Витцелю. При гематомах ДПК ограничивались эвакуацией гематомы с последующим дренированием забрюшинной клетчатки - 2 (11,1%) наблюдений. В 2 случаях из-за поздней обращению и развитие разлитого перитонита операции завершались лапаростомией для программированной санации брюшной полости. В последних 3 (16,6%) наблюдениях на поврежденный участок ДПК накладывали дуоденоэюноанастомоз на длинной петле с Браунским соустьем с использованием проленовых атравматических нитей и трансназально

устанавливали декомпрессионный зонд в ДПК для активной аспирации. В последних 3 случаях послеоперационном периоде осложнений со стороны наложенного анастомоза не наблюдалось.

В послеоперационном периоде всем пациентам проводили терапию, направленную на подавление внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Результаты лечения больных с повреждениями ДПК оценивались по частоте несостоятельности швов ушитой дуоденальной раны, несостоятельности швов анастомоза, формированию дуоденального свища, забрюшинной флегмоны, перитонита, панкреатита.

Осложнения после хирургического лечения пациентов с травмами и ранениями ДПК возникли у 5 (27,7%). Посттравматический панкреатит наблюдался у 2 (11,1%) больных; несостоятельность дуоденальных швов у 3 (16,6%) пострадавших с последующим формированием дуоденального свища.

Летальный исход среди пострадавших с травмой ДПК наступил у 5 пациентов, при этом летальность составил 27,7%. Причиной летальных исходов были: сепсис в 1 наблюдении, причем сепсис явился следствием забрюшинной флегмоны; панкреонекроз у 1 пациента; полиорганная недостаточность явилась причиной смерти у 2 больных; 1 пациент скончался от травмы несовместимой с жизнью.

Выводы. Повреждение ДПК является сложной патологией с высокой летальностью до 27,7% и большим числом послеоперационных осложнений до 27,7%. 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.

Литература:

1. Иванов П.А. Хирургическая тактика при травме двенадцатиперстной кишки / Иванов П.А., Гришин А.В. // Хирургия. 2004.- №12. - С.28-34.
2. Казарян В.М. Дефекты оказания хирургической помощи при закрытых повреждениях живота / Казарян В.М. // Вестник хирургии. 2007.- №3 С.43-45
3. Маскин С.С. Ультрасонография при закрытых травмах живота / Маскин С.С., Ермолаева Н.К. // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Первый конгресс московских

хирургов. Тезисы докладов Москва, 19-21 мая 2005. -М.: ГЕОС, 2005. С. 185-186.

4. Махнев А.В. Хирургическое лечение травмы двенадцатиперстной кишки / Махнев А.В., Япрынцева И.М., Еремин А.А., Редикульцев И.В., Шнейдер В.Э., Носов А.П. // Медицинская наука и образование Урала. 2008. -№ 3 (53). - С.80-81.

5. Михайлов А.П. Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки (обзор литературы) / Михайлов А.П., Данилов А.М., Сигуа Б.В. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2006. - №3. - С. 106-109.

6. Михайлов А.П. Сепсис в хирургии повреждений двенадцатиперстной кишки / Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М. // Инфекции в хирургии мирного и военного времени: Материалы VI Всеармейской международной конференции. Москва, 2006. - С.

7. Михайлов А.П. Повреждения двенадцатиперстной кишки (клиника, диагностика, лечение) / Михайлов А.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М., Напалков А.Н. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2007. - № 6. - С. 36-40.

8. Михайлов А.П. Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки. /А.П. Михайлов, Данилов А.М., Сигуа Б.В. //Вестник хирургии-2009. -Т.165, №3.-С. 106-109.

9. Урман М.Г. Хирургическая тактика при повреждениях двенадцатиперстной кишки / Урман М.Г. // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Первый конгресс московских хирургов. Тезисы докладов. Москва, 19-21 мая 2005. -М.: ГЕОС, 2005. С. 194-195.

10. Чирков Р.Н. Интероперационная диагностика механических повреждений двенадцатиперстной кишки /Р.Н. Чирков//Эндоскопическая хирургия: Материалы XII Всероссийского съезда эндоскопических хирургов, 3-5 октября 2009 г.: тезисы докладов.-М. -Т.15.-№15. -№1. -2009 г. -С.16.

11. Хасанов А.Г., Матигуллин Р.М., Меньшиков А.М., Бадретдинов А.Ф. Хирургическая тактика при ранениях двенадцатиперстной кишки. Практическая медицина. 5(81) 2014 г.-С. 67-68

12. Aherne N.J., Kavanagh E.G., Condon E.T. et al. Duodenal perforation after a blunt abdominal sporting injury: the importance of early diagnosis // J Trauma. 2003. - Vol.54, №4. - P. 791-794.

13. Blocksom J.M., Tyburski J.G., Sohn R.L., Williams M. et al. Prognostic determinants in duodenal injuries // Am. Surg. 2004. - Vol. 70, №3,—P. 248-255.

14. Jansen M., Du Toit D.F., Warren B.L. Duodenal injuries: surgical management adapted to circumstances // Injury. 2002. - Vol. 33, №7. -P.611-615.

15. Lopez P.P., LeBlang S., Popkin C.A., Byers P.M. Blunt duodenal and pancreatic trauma // J Trauma. 2002. - Vol. 53, №6. - P. 1195.

16. Zissin R., Osadchy A., Gayer G., Shapiro-Feinberg M. Pictorial review. CT of duodenal pathology // Br J Radiol. 2002. - Vol. 889, №75. - P. 78-84

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

И.Ш. ШОНАЗАРОВ, С.И. НАРЗУЛЛАЕВ,
Ф.О. МИЗАМОВ, Т.Т. МАНСУРОВ,
О.М. ХОЛМИРЗАЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан. г. Самарканд
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

На сегодняшний день в различных клиниках мира применяют различные методы оперативного лечения при травмах двенадцатиперстной кишки. Однако до сих пор нет четких показаний к определенному методу диагностики и оперативного лечения травм двенадцатиперстной кишки, что говорит об актуальности этой проблемы. В статье приводится предложенная авторами диагностическая проба для выявления травм дуоденума и описываются тактика оперативного вмешательства.

Ключевые слова: травма живота, травма двенадцатиперстной кишки, тактика лечения.