

ХИРУРГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*А.Х. Давлетишин, С.Г. Измайлов, Р.Ш. Шаймарданов, Г.А. Измайлов, И.А. Ким,
С.В. Доброквашин, М.Ю. Кедрин, В.В. Бойцов*

*Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. — проф. А.Х. Давлетишин)
Казанского государственного медицинского университета, кафедра хирургических болезней
(зав. — С.Г. Измайлов) Нижегородского военно-медицинского института, кафедра общей и
неотложной хирургии (зав. — доц. Р.Ш. Шаймарданов) Казанской государственной
медицинской академии последипломного образования*

Закрытое повреждение двенадцатиперстной кишки (ЗПДК) было впервые описано в 1894 г. Н.М. Верзиловым. В 1896 г. Petru сообщил о 9 аналогичных травмах. В доступной нам отечественной литературе с 1916 по 1996 г. были опубликованы материалы о 620 случаях ЗДПК. Кроме того, мы располагаем данными анализа 27 историй болезни пациентов с такой же травмой, леченных в различных клиниках г. Казани с 1960 по 1996 г.

ЗПДК возникают в результате сильного удара по передней стенке живота тупыми предметами — ногой, кулаком, палкой и др. [17, 23, 40] или при падении с высоты на выступающие твердые предметы [40], а также во время автомобильных, железнодорожных и авиационных катастроф [25], при этом важная роль принадлежит силе, направлению удара и степени наполнения органа [2]. В момент резкого смещения передней брюшной стенки назад малоподвижная двенадцатиперстная кишка раздавливается на относительно твердом позвоночнике [25, 38].

Среди пострадавших более 80% составляют мужчины, причем преимущественно в возрасте от 16 до 38 лет [14]. Наиболее часто повреждаются нижнегоризонтальная часть (45,8%), нисходящий отдел (33,8%) и верхнегоризонтальная часть 20,4% [14]. У большинства пострадавших ЗПДК располагаются поперечно, размерами от нескольких миллиметров до полного циркулярного перерыва кишечной трубки [5, 12, 21]. ЗПДК чаще сочетается с повреждением печени [7], желчного пузыря и наружных желчных протоков [19], поджелудочной железы [12, 36].

Многие исследователи отмечают позднюю при таких травмах госпитализацию [21], некоторые же хирурги [3] наблюдали таких пациентов в первые часы с момента ЗПДК.

Первоначальные клинические признаки ЗПДК с сохранением целостности париетальной брюшины над местом разрыва скудны, а в отдельных случаях отсутствуют

полностью [25]. Стертая клиническая симптоматика наблюдается также при образовании небольших интрамуральных гематом [20]. Подавляющее большинство больных жалуются на сильные постоянные боли в верхнем правом квадранте живота или правом подреберье и в эпигастрии [18], иррадиирующие вниз по мере распространения содержимого кишки и гематомы вдоль правой поясничной мышцы, что характерно для забрюшинных разрывов кишки. Возможны ноющие боли в поясничной области преимущественно справа [24]. При разрывах задней стенки двенадцатиперстной кишки данная патология симулирует клиническую картину правосторонней почечной колики без нарушения уродинамики, поэтому в клинике нужно учитывать эту семиотику разрыва органа.

Особое значение придается таким признакам, как тошнота и рвота, являющиеся частыми спутниками травматических внутристеночных гематом [30]. Имеются наблюдения больных с ЗПДК при тупой травме живота, у которых была проведена операция по поводу внутристеночной гематомы, вызвавшей высокую кишечную непроходимость [9].

В случаях позднего обращения больных за медицинской помощью возможно образование подкожной эмфиземы в правой поясничной области [25]. Из других признаков следует отметить задержку отхождения газов и стула, вызванную прогрессирующим парезом кишечника, живот становится умеренно вздутым, кишечные шумы не выслушиваются [15].

Своевременно не распознанное ЗПДК чревато грозными осложнениями, в частности развитием забрюшинной флегмоны [13]. Итак, патогномичных симптомов ЗПДК нет, однако с учетом анамнеза, наличия ран, ссадин и кровоподтеков на передней брюшной стенке можно заподозрить данный вид

травмы [12]. В большинстве случаев диагнозы ЗПДК устанавливают только на операции.

Полоса свободного газа справа под диафрагмой, а также высокое стояние ее правого купола чаще обнаруживаются при рентгенологическом исследовании больных с внутрибрюшинными ЗПДК. Увеличение тени поясничной мышцы является признаком забрюшинной гематомы. Нередко на рентгенограммах можно увидеть пневматоз кишечника. Все сомнения разрешает затекание водорастворимого контраста за пределы двенадцатиперстной кишки [20]. Некоторые авторы для выявления ЗПДК считают целесообразным проведение компьютерной томографии [41]. Ультразвуковая эхолокация брюшной полости позволяет определить наличие даже небольшого (до 15 мл) количества жидкости в брюшной полости [35]. В 45,5% случаев забрюшинная гематома была выявлена с помощью УЗИ [20]. Большую диагностическую ценность имеет экстренная фиброгастроуденоскопия [19]. Немаловажную роль в диагностике ЗПДК представляет лапароцентез с обязательным биохимическим исследованием добытой жидкости [2, 36]. "Сухой" лапароцентез должен быть обязательно дополнен лапароскопическим исследованием, которое дает возможность обнаружить забрюшинную гематому и заподозрить повреждение органов забрюшинного пространства [28].

Лечение ЗПДК возможно только оперативным путем, независимо от срока, прошедшего с момента травмы. Установлено, что итоги лечения ЗПДК находятся в прямой зависимости от времени проведения оперативного вмешательства, то есть от срока установления диагноза [1]. В подавляющем большинстве случаев отдается предпочтение срединной лапаротомии, обеспечивающей достаточно широкий доступ к ЗПДК [10, 31]. Нераспознанное первоначально ЗПДК и соответственно неправильная оперативная тактика приводят к тому, что в последующем таким пострадавшим приходится переносить по 2—3 поэтапные операции [10, 19, 26]. Интраоперационный просмотр ЗПДК, по имеющимся данным, наблюдается в 16,5% случаев. На ранних сроках оперирования в брюшной полости чаще всего обнаруживают геморрагическую жидкость с примесью желчи [18], кровь [9], а на поздних — значительное количество мутного экссудата с пузырьками газа [11]. Иногда в желудочном содержимом находят примесь непереваренной пищи. Брюшина бывает гиперемированной. Наиболее часто при осмотре

ткани забрюшинного пространства имеют студенистый вид, сквозь брюшину просвечивают грязно-серая масса и пузырьки газа. На париетальной брюшине видны пятна желто-зеленого и бледно-серого цвета [11]. Кишечник при осмотре, как правило, вздут, его серозная оболочка покрыта фибринозным налетом, что чаще встречается при разрыве париетального листка брюшины. Рефлекторный парез кишечника обнаруживается в первые часы после получения травмы и является признаком забрюшинной гематомы [3]. Важное значение в интраоперационной диагностике ЗПДК без повреждения париетальной брюшины имеют форма и локализация забрюшинной гематомы. При данном виде травмы она распространяется по выпуклому и вогнутому краям двенадцатиперстной кишки и имеет форму двойного серпа. Такие гематомы указывают также на локализацию разрыва [8].

Мнение авторов сходится лишь в одном — в необходимости обязательного ушивания одиночного изолированного ЗПДК [3, 32]. При неполных разрывах стенку восстанавливают чаще всего путем ушивания раны с предварительным экономным иссечением ее краев в пределах здоровых тканей [18]. Ушивание повреждения возможно с помощью заплат из тощей кишки [34], а также с использованием серозно-мышечного лоскута на сосудистой ножке [29]. В последнее время многие хирурги предпочитают ушивать разрывы двенадцатиперстной кишки прецизионным швом с помощью микрохирургической техники [23, 27]. При интрамуральной гематоме операцией выбора считается рассечение серозной оболочки с эвакуацией крови [30].

Операционная декомпрессия двенадцатиперстной кишки чаще всего осуществляется путем наложения заднего [6] или переднего [21] гастроэнтероанастомоза. При использовании некоторых методов обеспечивается постоянное выключение двенадцатиперстной кишки из пассажа пищи: механическое прошивание привратника с помощью сшивающего аппарата УО-40 [16, 24]. Реже применяют такие виды операций, как анастомозирование дефекта с тощей кишкой [23], укрытие его путем подшивания стенки тощей кишки [34], тампонада поврежденного участка кишки сальником [26].

Особое внимание требуют ЗПДК, сочетающиеся с травмой поджелудочной железы. А. J. Donovan, W. E. Hagen (1966) предложили комплекс вмешательств, направленных на снижение функции поджелудочной железы и предоставления покоя двенадцати-

перстной кишке (defunctionalisation duodenum). Некоторые авторы при тяжелом ЗПДК с обширным повреждением ее тканей применяли панкреатодуоденэктомию [6, 37].

После ушивания раны кишки двух- или трехрядным швом обязательно осуществление трансназальной декомпрессии кишки [4, 30] с активной аспирацией дуоденального содержимого [33]. Многие хирурги считают необходимым завершение оперативного вмешательства тампонадой и дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства по самым разнообразным методам [22, 42]. Предпочтение отдается дренированию через дополнительный правосторонний поясничный разрез.

Из ранних послеоперационных осложнений, встречающихся в 25–60% случаев, наиболее частым и грозным является несостоятельность ушитой дуоденальной раны с развитием перитонита или с формированием наружного свища [6, 39].

По сводным данным, летальность при изолированных травмах равна 11,8–30,5%, при сочетанных — 52–80% [22], при забрюшинной флегмоне — до 100% [21]. Летальность на поздних сроках ЗПДК часто обусловлена развитием флегмоны забрюшинного пространства и действием пептического фактора двенадцатиперстной кишки, разъедающего нижнюю полую вену. Основными причинами летальности являются прогрессирующий перитонит и забрюшинная флегмона, протекающие с тяжелым токсикозом, нераспознанные ЗПДК, кровотечение, шок, панкреонекроз [25, 26].

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Владимиров Е.С. и др. // Вестн. хир. — 1989. — № 2. — С. 116–120.
2. Абакумов М.М., Владимиров Е.С., Джаграев К.Р. // Хирургия. — 1991. — № 12. — С. 12–16.
3. Акмоллаев Д.С., Шамсиев А.Ф. // Вестн. хир. — 1989. — № 12. — С. 39–40.
4. Асланян А.А., Харченко В.Г. и др. // Хирургия. — 1993. — № 4. — С. 84–87.
5. Бабин Н.В., Хохоля В.П. // Вестн. хир. — 1990. — № 6. — С. 47–51.
6. Богницкая Т.Н., Уманская В.В. и др. // Экспресс-информация (хирургия). — 1992. — № 7–9. — С. 20–28.
7. Вагнер Е.А., Урман М.Г., Фирсов В.Д. // Вестн. хир. — 1984. — № 8. — С. 76–79.
8. Давлетшин А.Х. Забрюшинная гематома: патогенез, диагностика и лечение: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Казань, 1990.
9. Девятков В.Я. // Вестн. хир. — 1985. — № 1. — С. 87–90.
10. Девятков В.Я. // Хирургия. — 1993. — № 11. — С. 65–69.
11. Ерамишанцев А.К., Молитвословов А.Б., Филин А.В. // Хирургия. — 1994. — № 4. — С. 13–17.
12. Есенов К.Т. // Вестн. хир. — 1994. — № 5–6. — С. 89–90.
13. Ефремов Н.И., Сегида В.Ф. // Хирургия. — 1994. — № 9. — С. 52–53.
14. Измайлов Г.А., Морозов В.Г., Мавзютов Л.Х. Ошибки и осложнения при травме живота. — Новосибирск, 1990.
15. Константинов П.И., Аксенов Д.А., Пуцина Е.М. // Вестн. хир. — 1996. — № 1. — С. 66.
16. Кочнев О.С., Ким И.А. // Хирургия. — 1984. — № 3. — С. 41–45.
17. Красильников Д.М., Ахмеров А.Б. и др. // Казанский мед. ж. — 1991. — № 4. — С. 255–257.
18. Лещенко А.П., Саплина О.И., Тимошенко Л.Д. // Вестн. хир. — 1992. — № 7–8. — С. 77.
19. Лохвицкий С.В., Садуакасов А.Ж. // Хирургия. — 1993. — № 11. — С. 45–50.
20. Мазуренко О.В. // Клини. хир. — 1995. — № 1. — С. 13–14.
21. Мишуков Н.В., Рышков И.Л., Тарасов А.Н. // Вестн. хир. — 1996. — № 1. — С. 18–20.
22. Попов В.О., Винник Ю.С. и др. // Вестн. хир. — 1994. — № 7–12. — С. 55–56.
23. Раднаев В.У., Рева Г.В. // Вестн. хир. — 1994. — № 7–12. — С. 73.
24. Раздвогин В.А., Логинов В.А. // Вестн. хир. — 1990. — № 10. — С. 46–47.
25. Сайдаковский Ю.Я., Панст А.И., Юрмин Е.А. // Вестн. хир. — 1992. — № 11–12. — С. 386–389.
26. Сенько В.П., Бобохидзе Г.А., Харитонов В.Н. // Вестн. хир. — 1989. — № 1. — С. 62–63.
27. Тутченко Н.И., Роцин Г.Г. и др. // Клини. хир. — 1995. — № 1. — С. 9–10.
28. Хасанов А.Г., Ипполитов Г.Н. и др. // Вестн. хир. — 1991. — № 2. — С. 54–56.
29. Ярославцев Б.А. Использование серозно-мышечного лоскута желудка на сосудистой ножке для пластического ушивания ран двенадцатиперстной кишки при ее травмах: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Астрахань, 1995.
30. Bostman L., Bostman O. et al. // Acta chir. scand. — 1989. — Vol. 155. — P. 333–335.
31. Calen S., Moreno P. // Bordeaux Med. — 1986. — Bd. 19. — S. 228.
32. Caranamico L., Sbaffi E. et al. // Chir. gastroenterol. — 1988. — Bd. 4. — S. 441–445.
33. Flynn W.G., Cryer H.G., Richardson J.D. // Arch. Surg. — 1990. — Vol. 25. — P. 1539–1541.
34. Gui D., Sganga G., Gianguiliani G. // Minerva chir. — 1988. — Bd. 43. — S. 1473–1475.
35. Hoffman R., Pohlemann T. et al. // Unfallchirurg. — 1989. — Bd. 92. — S. 471–476.
36. Kearney P.A., Vahey T. et al. // Arch. Surg. — 1989. — Vol. 124. — P. 344–347.
37. Mc Kone T., Bursch L.R., Scholten D.J. // Amer. Surg. — 1988. — Vol. 54. — P. 361–364.
38. Olivero G., Franchello A. et al. // Minerva Chir. — 1990. — Vol. 45. — P. 1067–1075.
39. Rossi J.A., Sollenberger L.L., Rege R.V. // Curr. Chir. — 1987. — Vol. 44. — P. 524.
40. Scurelli A., Allevi G., Alquati P. // Chir. gastroenterol. — 1989. — Vol. 23. — P. 284–289.
41. Sorkey A.J., Farnell M.B., Williams H.J. et al. // Surgery. — 1989. — Vol. 106. — P. 794–801.
42. Villazon A., Villazon O. et al. // Wld. J. Surg. — 1991. — Vol. 15. — P. 103–108.