

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КИШЕЧНИКА

Д.М. Красильников, И.М. Фатхутдинов, Р.Р. Шайхутдинов

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — проф. Д.М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета

Закрытые повреждения кишечника представляют сложную проблему неотложной абдоминальной хирургии, что связано с характером и особенностью данной травмы, трудностью диагностики и выбора адекватной хирургической тактики, а также с большим числом ранних послеоперационных осложнений и высокой летальностью — от 10,7 до 90% [1—3, 5, 6]. Среди закрытых травм органов брюшной полости повреждения кишечника составляют от 1,6 до 31,8% [4, 5, 7]. Со значительными затруднениями приходится сталкиваться хирургам в диагностике закрытых травм кишечника, что обусловлено тяжелым состоянием больных в связи с шоком, кровопотерей, перитонитом [2, 4, 8].

Целью настоящей работы являлось определение адекватного объема оперативного пособия, позволяющего улучшить результаты лечения закрытых повреждений кишечника.

В нашей клинике с 1989 по 1998 г. на лечении находились 64 пациента с закрытыми травмами тонкой и толстой кишки в возрасте от 16 до 73 лет (табл. 1). Сроки госпитализации больных после получения травмы варьировали от 2 до 72 часов. В диагностике закрытых повреждений кишечника мы используем комплекс мероприятий, который включает в себя наряду с клиническими и лабораторными исследованиями ультразвуковое сканирование брюшной полости, рентгенологический и эндоскопические методы обследования.

Таблица 1

### Локализация повреждений кишечника

Локализация	Число наблюдений		Летальность	
	абс.	%	абс.	%
Двенадцатиперстная кишка	17	25,6	5	29,4
Тонкая кишка	39	60,9	8	20,5
Толстая кишка	8	12,5	1	12,5
Всего	64	100	14	21,9

Из 17 пациентов с закрытыми травмами двенадцатиперстной кишки (ДПК) достоверно диагноз до операции был установлен лишь у одного: на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определялось характерное скопление воздуха по ходу ДПК. У всех пострадавших имели место симптомы перитонита, которые послужили показанием к экстренному оперативному вмешательству. В первые 2 часа от момента поступления после предоперационной подготовки были прооперированы 16 больных.

Лишь у одного пациента с сочетанной черепно-мозговой травмой и неясной клинической картиной операция, которой предшествовали реанимационные мероприятия и диагностическая лапароскопия, была проведена через 5 часов после госпитализации. Во время лапаротомии у всех больных были обнаружены забрюшинная гематома, подбрюшинная эмфизема с примесью желчи. У 14 из них выявлены повреждение брюшинного покрова, наличие крови и дуоденального содержимого в подпеченочном углублении и правом боковом канале. Верхняя горизонтальная часть ДПК была повреждена у одного пострадавшего, нисходящая — у 5 и нижняя горизонтальная — у 10. Дефект стенки ДПК занимал четвертую часть ее окружности у 2 больных, третью — у 3, половину — у 5, три четверти — у 4. У 3 пострадавших был выявлен полный поперечный разрыв ДПК.

В зависимости от объема повреждения ДПК выполняли различные оперативные вмешательства (табл. 2).

Таблица 2

### Виды оперативных вмешательств при повреждениях ДПК

Вид операции	Число
Ушивание + назодуоденальная интубация и декомпрессия	4
Ушивание + отключение ДПК, гастроэнтероанастомоз по Вельфлеру—Брауну	3
Ушивание + дуоденоюноанастомоз по Ру с назоинтестинальной интубацией	6
Дуоденоюноанастомоз конец-в-бок с отключением дистальной части ДПК	1
Ушивание + гастроэнтероанастомоз по Вельфлеру—Брауну	2
Всего	17

После мобилизации ДПК по Кохеру дефект в кишке ушивали двухрядными швами. У 6 пострадавших с повреждениями ДПК более 1/3 окружности во избежание несостоятельности швов, сужения просвета ДПК после ушивания, для профилактики дуоденостаза в зампулярной части был сформирован дуоденоюноанастомоз по Ру с назоинтестинальной интубацией. Для обеспечения декомпрессии ДПК у 4 больных был наложен гастроэнтероанастомоз по Вельфлеру—Брауну: у 2 из них с отключением ДПК и назоинтестинальной интубацией и у 2 других — только назодуоденальной интубацией двухпросветным зондом. В случаях полного поперечного разрыва ДПК у 2

больных сшивали кишку конец-в-конец в сочетании с отключением ДПК и формированием гастроэнтероанастомоза в одном наблюдении и наложением дуоденоеюноанастомоза по Ру у второго пострадавшего. У одного больного в связи с разможением краев кишки был сформирован дуоденоеюноанастомоз конец-в-бок с отключением дистальной части ДПК. У остальных пациентов после ушивания дефекта ДПК ограничились продленной назодуоденальной интубацией двухпросветным зондом. На завершающем этапе оперативного вмешательства производили тщательную санацию брюшной полости холодными растворами антисептиков с УФ-лазерным облучением брюшины, широкое дренирование забрюшинного пространства через контрапертуру в поясничной области и подпеченочного пространства двухпросветными трубками и перчаточными дренажами.

У всех больных в течение 5 суток сохранялся послеоперационный парез кишечника, который был купирован с помощью консервативных мероприятий. В послеоперационном периоде погибли 5 пострадавших: 3 — в первые сутки по причине тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы, 2 — от развившейся несостоятельности швов и прогрессирующего перитонита.

С закрытыми травмами тонкой кишки было 39 пациентов. При обширных разрывах выполняли резекцию кишки с формированием энтеро-энтероанастомоза бок-в-бок (у 12), ушивали дефект кишки с назоинтестинальной интубацией (у 27). В 10 случаях на анастомоз было наложено раневое покрытие "ТахоКомб". Операции также завершали УФ-лазерным облучением брюшины, санацией и дренированием брюшной полости. Летальный исход констатирован у 8 пострадавших вследствие несостоятельности швов ушитого дефекта кишки и прогрессирующего перитонита. При использовании раневого покрытия "ТахоКомб" несостоятельности швов не наблюдалось.

С травмой толстой кишки было прооперировано 8 пострадавших. Локализация повреждений толстой кишки была следующей: восходящий отдел (у 1), поперечная ободочная кишка (у 1), нисходящий отдел (у 2), сигмовидная кишка (у 4). Исходя из особенностей репаративных свойств толстой кишки, наличия калового перитонита у 6 больных была произведена операция типа Гартмана, у одного — правосторонняя гемиколэктомия и одноствольная илеостомия по поводу значительного повреждения кишки, у одного — поврежденный участок был выведен в виде двуствольной десцендостомы. Операцию дополняли санацией брюшной полости, блокадой мезоколон 0,25% раствором новокаина, УФ-лазерным облучением брюшины, широким дренированием брюшной полости. В данной группе летальный исход наблюдался в одном случае вследствие поздней госпитализации и сопутствующей открытой черепно-мозговой травмы.

Всем больным через 3—6 месяцев после первой операции производили реконструктивные восстановительные вмешательства — закрытие кишечной стомы. Осложнений и летальных исходов после повторных операций не наблюдалось. В послеоперационном периоде проводили комплексную интенсивную терапию с использованием УФ лазерной фотомодификации крови.

## ВЫВОДЫ

1. Залогом успеха в лечении больных с повреждениями ДПК являются ранняя диагностика, качественно выполненное оперативное вмешательство, обязательная интубация и декомпрессия кишки, широкое дренирование забрюшинного пространства и брюшной полости. При повреждениях кишки более 1/3 окружности необходимо формирование в зампулярной части дуоденоеюноанастомоза или выключение ДПК из пассажа.

2. Назоинтестинальная интубация в сочетании с наложением раневого покрытия "ТахоКомб" позволяет осуществлять профилактику несостоятельности швов тонкой кишки при ее повреждениях.

3. При закрытых повреждениях толстой кишки предпочтительно выполнение оперативного вмешательства в два этапа.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аишев С.А.//Хирургия. — 1998. — № 2. — С. 21—25.
2. Диагностика забрюшинных разрывов двенадцатиперстной кишки. Измайлов С.Г., Давлетшин А.Х., Шаймарданов Р.Ш. и др. — Казань, 1997.
3. Ефремов Н.И., Сегида В.Ф.//Хирургия. — 1994. — № 9. — С. 52—53.
4. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. — Казань, 1984.
5. Лохвицкий С.В., Садукасов А.Ж.//Хирургия. — 1993. — № 11. — С. 45—50.
6. Сайдановский Ю.Я., Панст А.Н., Юрмин Е.А.//Вестн. хир. — 1992. — № 12. — С. 386—389.
7. Уракчиев Ш.К.//Вестн. хир. — 1998. — № 3. — С. 72—75.
8. Хирургия повреждений двенадцатиперстной кишки/. Давлетшин А.Х., Измайлов Г.А., Измайлов С.Г. и др. — Казань, 1998.

Поступила 20.03.00.

## SURGICAL TACTICS IN CLOSED INTESTINE INJURIES

*D.M. Krasilnikov, I.M. Fatkhutdinov,  
R.R. Shaikhutdinov*

### Summary

The results of surgical treatment of 64 patients with closed intestine injuries: duodenum traumas (17), small intestine traumas (39) and closed large intestine traumas (8) are presented. During operative interventions in patients with duodenum injuries after the defect suture it is obligatory to carry out the prolonged nasoduodenal intubation and decompression, wide drainage of the retroperitoneal space, abdominal cavity. In the cases of injuring more than 1/3 of the circumference it is necessary to form duodenojejunostomy or to take duodenum out of the passage. In large intestine injuries the operative intervention is carried out in two stages.