

Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Фаязов Р.Р., Матигуллин Р.М., Нигматуллин Н.Р.

Некоторые аспекты хирургической тактики при лечении дуоденальной травмы (обмен опытом)

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Timerbulatov V.M., Hasanov A.G., Faizov R.R., Matigullin R.M., Nigmatullin N.R.

Some aspects of the surgical tactics in the treatment of duodenal injury (exchange of experience)

Резюме

В работе анализированы результаты лечения 85 больных с дуоденальной травмой. В зависимости от характера, сроков госпитализации и тяжести травмы применяется дифференцированная тактика. Послеоперационные осложнения наблюдались у 56,4% оперированных, наиболее часто при закрытой травме. Летальный исход наступил у 32 (37,6%) пострадавших: при закрытой травме у 65,7%, при ранениях у 18%.

Ключевые слова: дуоденальная травма, хирургическая тактика, осложнения, летальность

Summary

Of the analyzed results of treatment of 85 patients with duodenal injury. Depending on the nature, timing and severity of injury hospitalization applies differentiated tactics. Postoperative complications were observed in 56.4% of operated patients, most often with a closed injury. Death came at 32 (37.6%) victims with a closed injury at 65.7%, 18% had injuries.

Key words: duodenal trauma, surgical complications, mortality

Введение

Дуоденальная травма (ДТ), обусловленная своей редкостью, развитием тяжелых жизнеопасных осложнений и по настоящее время является серьезной и нерешенной задачей в неотложной хирургии [2,6]. Каждый хирург, занимающийся экстренной хирургической помощью, за все время собственной профессиональной деятельности встречает дуоденальную травму в лучшем случае от 1 до 3 раз и положительный исход каждой ДТ - это дело случая, зависящее от множества обстоятельств [5]. Такая небольшая статистика объясняется еще тем, что такие травмы нередко сопровождаются повреждениями близлежащих крупных сосудов и пострадавшие погибают раньше от значительной кровопотери и шока не успев попасть в лечебные учреждения. Не до конца четко определены вопросы хирургической тактики, особенно при тяжелых формах дуоденальной травмы [3,7]. Отсутствие унифицированной хирургической тактики при дуоденальной травме обусловлено трудностями накопления достаточного количества наблюдений этой относительно редкой травмы и большим разнообразием повреждений в каждом конкретном наблюдении, что диктует необходимость изучения опыта других клиник и выработать единую хирургическую тактику. В своих научных публикациях все авторы указывают на большое число осложнений и высокую летальность у данной категории больных (16,6-70%), при развившемся забрюшинной флегмоне достигает 100% [1, 4, 5,6]. Согласно оценке тяжести пострадавших в настоящее время в большинстве стран, критическими

считаются те травмы, которые дают летальность 25% и более. В связи с этим дуоденальная травма безусловно относится к категории критических травм и свидетельствует об актуальности данной проблемы для практического здравоохранения. Не претендуя на большую достоверность доказательной базы, связанных с небольшим количеством пострадавших, присутствующих многим публикациям, мы считаем полезным поделиться своим опытом и мыслями в отношении тактики лечения пострадавших с такой травмой, либо абсолютное большинство больных прооперированы авторами данного сообщения. При этом крайне сложно, порой и невозможно, составить сравнительные группы, чтобы доказать преимущества того или иного вмешательства, поскольку каждый случай является нестандартным и требует неординарных решений. С этой точки зрения мы считаем несомненным практический наш опыт позволит найти правильный в какой-то степени стандартизированный выход при выборе хирургической тактики.

Целью работы явилось обоснование выбора метода оперативного лечения и анализ результатов хирургического лечения пострадавших с травмой ДПК. Материал и методы. Поскольку каждая публикация по данной проблеме является по своей сути является нестандартным. В основу данного сообщения положены результаты лечения 85 больных с повреждениями ДПК, находившихся на лечении в городской клинической больнице №8, №13 и БСМП г. Уфы за период с 1992 по 2012 г.г. Закрытые травмы ДПК были выявлены у 35 (41,2%), а открытые - у 50 (58,8%) пострадавших. По-

Таблица 1. Локализация повреждений ДПК

Локализация повреждения ДПК	Закрытая травма		Ранения	
	абс.ч	%	абс.ч	%
Верхняя часть	3	8,6	3	6
Нисходящая часть	21	60,0	28	56
Горизонтальная часть	8	22,8	14	28
Двенадцатиперстно-тощечный изгиб	3	8,6	4	8
Дуоденальный сосочек	-	-	1	2
Итого	35	100	50	100

Таблица 2. Степень повреждений ДПК у пострадавших по классификации Е. Мооге

Степень повреждения	Закрытая травма		Ранения	
	абс.ч	%	абс.ч	%
Степень I	3	8,6	4	8
Степень II	3	8,6	26	52
Степень III	17	48,6	16	32
Степень IV	6	17,1	3	6
Степень V	6	17,1	1	2
Всего	35	100	50	100

давяющее большинство травм ДПК имели криминогенный характер - 57 (67 %)случая, кататравма у 6 (7 %), в результате автодорожных происшествий у 17 (20 %) пострадавших. У 5 (5,9%)больных травма была получена на производстве. Среди пострадавших мужчин было 70 (82,4 %), женщины - 15 (17,6%). Средний возраст поступивших с закрытыми повреждениями ДПК составил 40,73± 14,0 лет, а с открытыми повреждениями ДПК - 34,48±11,0 лет.В первые 2-4 часа с момента травмы госпитализированы 49 (57,6%), позже 24 часов - 18 (21,2%) пострадавших. В 30 (35,3%) случаях травма оказалась изолированной. На долю сочетанных и множественных травм пришлось 55 (64,7%) случаев, которые чаще наблюдались при открытых повреждениях. Среди них наиболее часто встречались следующие сочетанные повреждения: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга – 10; ушиб головного мозга - 3; закрытая травма груди- 6; повреждение поджелудочной железы – 19, печени – 12, желчного пузыря – 5, желудка – 6, тонкой кишки - 10, толстой кишки - 15, правой почки – 5, крупных сосудов (нижней полой вены – 8, аорты – 1, верхней брыжеечной артерии – 1, воротной вены -1), перелом костей таза - 1 случай. Локализация повреждений двенадцатиперстной кишки представлены в таблице № 1.

Следует отметить, что в 1 случае было отмечено ранение двух анатомических зон. Для оценки степени повреждения ДПК использовали классификацию Е. Мооге и соавт. (1995), в которой выделены пять степеней повреждения (табл.2). При этом следует отметить, что ни одна классификация не может отразить всю разнообразность возможных вариантов повреждений ДПК. Когда речь идет о классификации, то прежде всего подразумеваем об идентификации характера повреждения, что безусловно не может отразить всю палитру дуоденальной травмы. Наиболее понятной, обобщающей возможные варианты для большинства случаев дуоденальной

травмы является именно данная классификация(табл.2).

Всем пострадавшим были проведены общеклинические, инструментальные исследования, включающие УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенологические исследования органов грудной, брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, компьютерная томография, консультации смежных специалистов.

Анализируя собственный и изучая опыт других клиник нами применяется следующая тактика при повреждениях ДПК. При I степени повреждения с закрытой травмой были обнаружены обширные гематомы пилородуоденальной зоны и забрюшинного пространства. Во всех случаях гематомы стенки ДПК были диагностированы после проведения ФГДС или во время диагностической лапароскопии. При выявлении гематомы в панкреатодуоденальной зоне во всех случаях выполняется мобилизация ДПК по Кохеру - Клермону для исключения повреждений забрюшинной части кишки. В таких случаях объем оперативного вмешательства заключается в ревизии полости гематомы, ушивании дефекта стенки ДПК, дренировании зоны повреждения забрюшинного пространства. При ранениях ДПК в 4 случаях был наложен первичныйшов. Все операции завершились назогастродуоденальнойинтубацией ДПК. Послеоперационный период у всех больных гладкий, без осложнений и летальных исходов. II степень повреждений выявлена у 29 (34,1%) пострадавших. Основную часть (26 чел) составили пострадавшие с открытыми повреждениями. При ранениях ДПК во всех случаях дефект стенки кишки ушивали 2-х рядными узловыми швами в поперечном направлении с обязательной назогастродуоденальной интубацией ДПК. У части пострадавших, (в 14 случаях) первичный шов был дополнен дренированием желчевыводящих путей из-за наличия обширной гематомы в толще печеночно-двенадцатиперстной связки и

области головки поджелудочной железы (ПЖ). После операции крайне важно не допустить интрадуоденальную гипертензию, так как застой содержимого в поврежденной и перитоничной двенадцатиперстной кишке значительно увеличивает риск несостоятельности швов и разлития послеоперационного панкреатита. При закрытой травме у 3 пострадавших после эвакуации гематомы были выявлены разрывы нисходящего отдела ДПК. В таких случаях целесообразно ушить дефект кишки после иссечения краев 2-х рядами узловыми швами, исключить пассаж по ДПК путем наложения гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем, дренирование желчевыводящих путей, сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. Послеоперационные осложнения наблюдались у 25 больных. Умерло 6 (7,8%) больных. Летальные исходы были связаны с развившейся забрюшинной флегмоной из-за поздней госпитализации 2-х пострадавших с закрытой травмой и геморрагическим шоком у 4 пострадавших с повреждением воротной (1 случай) и нижней полой вены (у 3-х пострадавших).

III степень повреждений ДПК было выявлено у 17 пострадавших с закрытым повреждением и у 16 - с ранениями. У всех пострадавших с открытыми повреждениями были одиночные ранения стенки ДПК в пределах 50% окружности, осложненные инфицированной гематомой забрюшинного пространства. У 3 пострадавших рана располагалась в нижнем горизонтальном, в 13-х случаях в нисходящем отделе ДПК. Больные поступили в первые 2-4 часа от момента получения травмы с клиникой перитонита. У большинства больных произведено ушивание раны, отключение ДПК путем прошивания пилорического жома аппаратным швом с последующим наложением гастроэнтероанастомоза (ГЭА), дренирование желчевыводящих путей, подпеченочного и забрюшинного пространства. В 5 случаях ранения ДПК III степени сочетались с повреждениями ПЖ. В 1 случае имело место сочетанное повреждение поперечноободочной кишки, в 2 случаях - повреждение печени и тощей кишки. Этим больным также было произведено ушивание дефекта, выключение ДПК путем прошивания аппаратом УО-40 с наложением гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем, ушивание ран ободочной, тонкой кишки и печени. Наиболее сложной в хирургическом плане являются закрытые повреждения ДПК, которые отличаются своей травматичностью и нередко с повреждением соседних органов. У 4 больных повреждения локализовались на передне-боковой стенке нисходящего отдела ДПК, у 9 на нижней горизонтальной части, у 3 - в забрюшинной части кишки. При этом отмечалось повреждение головки поджелудочной железы с гематомой в забрюшинное пространство и признаки забрюшинной флегмоны.

IV степень повреждений ДПК (разрыв более 75% окружности во втором отделе, повреждение ампулы или дистальной части холедоха) наблюдалась у 7 пострадавших. В 3 случаях была выполнена дивертикулизация ДПК с разгрузочной еюностомой (стенка ДПК ушивалась двурядным швом), далее выполнялось выключение ДПК с применением аппарата УО-40. Операции завершались ГЭА на выключенной по Ру петле. В 3 случаях была выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Бальфура. У 1 больного удалось ушить дефект кишки не удалось, в просвет кишки установлена дренажная

трубка по типу катетерной дуоденостомы, наложен ГЭА с брауновским соустьем. Была проведена назогастральная активная аспирация, установка интестинального зонда для питания, дренирование забрюшинной клетчатки. Во всех случаях операция дополнялась разгрузочной холецистостомией.

V степень повреждений ДПК (отрыв фатерова сосочка, холедоха или головки поджелудочной железы от стенки ДПК, массивное повреждение панкреатодуоденальной зоны вследствие разможения ДПК и головки поджелудочной железы) была диагностирована у 6 пострадавших. В 1 случае была выполнена операция дивертикулизации ДПК с разгрузочной еюностомой. Выключение ДПК выполнялось с применением аппарата УО-40 с последующей перитонизацией аппаратного шва узловыми швами. Операции завершались ГЭА на выключенной по Ру петле. В 3 случаях, учитывая обширность повреждений пилорический жом прошит аппаратом УО-40 сформирована дуоденостома, наложен ГЭА с брауновским соустьем. У 1 (1,2%) пациента была выполнена панкреатодуоденальная резекция во время релапаротомии. При наложении первичного шва дефект стенки ДПК ушивался узловыми швами.

Дивертикулизация по Доновану-Хагену была выполнена в 2 случаях: проведена антрумэктомия, ГЭА по Ру, холецистостома, дуоденостома на катетере. Для профилактики пептических язв анастомоза была выполнена стволовая ваготомия (рис.1).

Осложнения, явившиеся причиной летального исхода, приведены в таблице 3.

Наиболее высоколетальным осложнением явилась забрюшинная флегмона - 29 (34,1%) случаев, из них самое большее количество было выявлено при закрытой травме - 25 (71,4%). Причиной летального исхода при забрюшинной флегмоне у данной категории больных были: сепсис - 4 (5,1%) случая, аррозивное кровотечение из панкреатодуоденальной области - 3 (3,9%) случая. Летальности среди пациентов с повреждением ДПК I степени не было, при II степени - 6 (20,7%). Большая летальность отмечалась среди пациентов с повреждением ДПК III степени - 14 (42,4%). При повреждениях ДПК IV степени, сочетанных повреждениях желчевыводящих путей, поджелудочной железы, тонкой кишки, поперечно ободочной кишки умерло 6 (66,6%) пациентов, при повреждении ДПК V степени умерло 5 (83,3%) пациентов. При IV и V степенях повреждения смерть больных наступила в первые часы и неделю после госпитализации.



Рис.1. Дивертикулизация по Доновану-Хагену.

Примечание: 1-стволовая ваготомия, 2-гастроэнтероанастомоз, 3-дуодено еюноанастомоз конец в бок.

4-дуоденостома, 5-холецистостома.

Таблица 3. Частота послеоперационных осложнений при повреждениях двенадцатиперстной кишки, приведших к летальному исходу

Осложнения	Всего n=85				Осложнения				Умерло			
	Осложнений		Умерло		Закрытые n=35		Ранения n=50		Закрытые n=35		Ранения n=50	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Забрюшинная флегмона	29	34,1	20	24,7	25	71,4	7	14	18	60,0	2	4,0
Свищи ДПК	6	7,1	2	2,4	4	11,4	2	4,0	1	3,3	1	2,0
Спаячная кишечная непроходимость	1	1,2	1	1,2	1	2,8			1	2,9		
Геморрагический шок	3	3,5			3	8,6						
Пневмония	9	10,5	9	10,6	4	11,4	7	11,4	3	8,6	6	2,0
Итого	48	56,4	32	37,6	37		16		23	65,7	9	18

что было обусловлено обширностью полученной травмы, большим количеством пораженных жизненно важных органов, с крайне тяжелым состоянием пострадавших до операции и прогрессированием полиорганной недостаточности в послеоперационном периоде. В первые 1-6 суток после операций умерли 18 пациентов. Из них 13 пациентов поступили в стационар в состоянии травматического шока IV степени и в состоянии эндотоксического шока. У 13 пострадавших причиной смерти являлась гипоксия, обусловленная забрюшинной флегмоной. У 14 пациентов, умерших от 6 до 30 суток после операций, отмечались поздние гнойно-септические осложнения: аррозивные кровотечения - у 3 (источник кровотечения селезеночная артерия - 1, сосуды ложа головки ПЖ - 1, из стенки свища ДПК - 1); свищи желудочно-кишечного тракта у 2 (свищ ДПК - 1, поперечно ободочной кишки - 1), забрюшинная флегмона у 7; сепсис у 2.

Выводы

1. Неблагоприятными факторами, влияющими на исход лечения поврежденной двенадцатиперстной кишки являются: закрытая травма, размер дефекта более 50% окружности кишки, локализация повреждения в нижнегоризонтальной части, сочетанная панкреатодуоденальная травма, развитие забрюшинной флегмоны.

При ранениях ДПК I-II степени, при поступлении пострадавших первые 6 часов объем операции заключается в ушивании дефекта кишки, обязательной назодуоденальной декомпрессией.

2. При повреждениях III-IV степени необходимо выключить ДПК из пищеварения путем дивертикулизации в со-

четании с дренирующими операциями на желчевыводящих путях.

3. При выявлении повреждения II-III степени при закрытых травмах необходимо иссечь края раны ДПК и ушивание дефекта ДПК, прекращение пассажа пищи по ДПК путем перевязки пилорического жома и наложением гастроэндуоденального анастомоза.

4. При закрытых повреждениях IV степени с разможением мягких тканей стенки кишки показано полное выключение ДПК из пищеварения путем выполнения операции Донована - Хагена.

5. При повреждениях II-IV степени операция на ДПК должна дополняться декомпрессией желчевыводящих путей. ■

В. М. Тимурбулатов, член-корреспондент РАМН, д.м.н. профессор, заведующий кафедрой хирургии Института последипломного образования ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа; А.Г.Хасанов – д.м.н. профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа; Р.Р.Фаязов – д.м.н. профессор кафедр хирургии ИПО ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа; Р.М. Матигуллин – к.м.н. заведующий отделением ГКБ №8, г. Уфа; Н.Р.Низматуллин – аспирант кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа; Автор, ответственный за переписку - А.Г.Хасанов, 450078 г.Уфа, ул.Чернышевского, 160А, E-mail-Hasanovag@mail.ru

Литература:

1. Вилер Е.А., Урман М.Г., Фрисов В.Д. Повреждения двенадцатиперстной кишки. Вестник хирургии 1984; 8: 76-79.
2. Давлетшина А.Х., Измайлов С.Г. Хирургия повреждений двенадцатиперстной кишки. Казань: Изд-во Казануниверта 1998;
3. Иванюв П.А., Гришанов А.В., Корнеев Д.А. Диагностика и лечение сочетанных повреждений поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки. Скорая медицинская помощь. 2004; 3: 158-159
4. Криворучьева И.А., Тесленко С.Н., Колесник и др. Особенности хирургического тактики при травматическом повреждении двенадцатиперстной кишки. Медицинская смена сегодня завтра 2012; 1(54): 95-97
5. Матигуллин Р.М. Профилактика и лечение забрюшинной флегмоны при травматических повреждениях двенадцатиперстной кишки. Автореферат дис. канд.мед.наук. Уфа 2010;
6. Ситга Б.В. Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки. Автореферат дис. канд.мед.наук. Санкт-Петербург 2008; 18
7. Хасанов, А.Г. Фаязов Р.Р., Тимурбулатов М.В. Хирургия абдоминальных повреждений. Уфа 2002; 251