

Бойко В.В.1,2, Криворучко И.А.1, Рябцев Р.С.2

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины, Харьков, Украина¹ Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т.Зайцева НАМН Украины, Харьков, Украина²

Актуальность. Травма двенадцатиперстной кишки (ДПК) у взрослых встречается у 0,2–0,6% всех пациентов с травмами и у 1–4,7% при всех случаях травмы живота. Сопутствующие травмы присутствуют у 68–86,5% пациентов, при этом серьезные повреждения сосудов происходят в 23–40% (Coccolini F. et al., 2019). Ранние случаи летальности связаны с кровотечением, а поздние – с инфекцией и сепсисом. Наличие и тип сопутствующих травм значительно влияют на выбор метода лечения травмы ДПК.

Цель – оценка результатов лечения больных с травмами двенадцатиперстной кишки.

Материалы. В работе представлены результаты лечения 72 пострадавших с повреждениями ДПК, которые находились на лечении с 2006 г. За этот период диагностическая и лечебная тактика при травмах ДПК, особенно хирургическое лечение, претерпели значительные изменения. Среди пострадавших с травмой ДПК мужчин было 48 (66,7%), женщин - 24 (33,3%).

Результаты. Чаще всего повреждения локализовались: в D2 части ДПК – 29 (40,3%), в D1 - 18 (25,1%), в D3 - 15 (20,8%), D4 - 5 (6,9%). Полифокальные повреждения ДПК имели место у 5 (6,9%) пострадавших.

Средние показатели тяжести больных по шкалам RTS, ISS и APACHE II в среднем составили 5,65 (диапазон 4,11-7,32), 24,79 (диапазон 12-74) и 15,5 (8-33) соответственно. Достоверными факторами риска, которые нередко приводят к неблагоприятным последствиям, считают наличие шока. В состоянии шока (систолическое артериальное давление 90 мм.рт.ст. и менее) поступило 22 (30,6%) пострадавших.

Множественные внутрибрюшные травмы и травмы структур забрюшинного пространства были у 52 (72,2%) из 72 пострадавших. В целом у пациентов было выявлено 94 ассоциированных повреждений (1,81 ассоциированная травма на одного из 52 пациентов). При изолированных и множественных разрывах ДПК без повреждения задней стенки париетальной брюшины при интраоперационной ревизии размеры ран ДПК варьировали от 0,5 см до полного пересечения и чаще встречались повреждения внутрибрюшной части - у 12 (16,%) пострадавших, у 8 (11 1%) - забрюшинной части, у 7 (9,7%) – имелась сквозная рана. При закрытой травме живота только у 3 (4,2%) пострадавших были внутрибрюшные разрывы.

При повреждениях ДПК I-II степени (по классификации ASST) выполняли тщательную ревизию гематомы с ее эвакуацией, гемостазом и ушиванием места разреза, что было выполнено у 33 (45,8%) больных с использованием лапароскопии (5) и лапаротомии (28) с ликвидацией ассоциированных повреждений, гемостазом и дренированием брюшной полости у 24 (72,7%) из 52 больных.

Раны ДПК II-III степени, полученные в первые 6 часов от момента травмы, устраняли, накладывая первичный двухрядный шов или выполняли дуоденоюностомию на 5 см ниже ушитой раны ДПК (11 (15,3%) больных), а при повреждениях III-IV степени, полученных более 6 часов, выполняли выключение ДПК одним из усовершенствованных способов (9 (12,5%) больных).

Основным видом оперативного лечения пострадавших с повреждениями ДПК и поджелудочной железы было ушивание кишки, выполнение декомпрессии желчного дерева одним из способов, дренаж сальниковой сумки. У двух пациентов (2,8%) с закрытой панкреатодуоденальной травмой V степени выполнена двухэтапная ПДР.

При лечении больных с множественными повреждениями у 3 (4,2%) пострадавших выполняли тампонаду источника кровотечения хирургическими салфетками, повреждения полых органов изолировали с помощью сшивающих аппаратов, а брюшную полость не дренировали, временно и быстро закрывали хирургическими цапками. Повторную операцию осуществляли через 48-72 часа после стабилизации пациента (принципы damage control resuscitation) по протоколу damage control surgery.

К послеоперационным осложнениям I степени (по классификации D. Dindo и соавт., 2004) отнесены 8 (11,1%) случаев раневой инфекции. Осложнениями II степени, которые требовали проведения консервативного лечения, были послеоперационный панкреатит у 3 (4,2%) и наружный дуоденальный свищ у 6 (8,3%) пострадавших. В группе с осложнениями IIIa было 4 (5,6%) пациентов с жидкостными скоплениями, которые были дренированы пункционно под контролем УЗИ с применением местной анестезии. Осложнения IIIb степени требовали оперативного вмешательства с применением общей анестезии: 6 (8,3%) - с дуоденальными фистулами, 5 (6,9%) - с забрюшинной инфицированной флегмоной и 2 (2,8%) с инфицированным панкреонекрозом. К IV группе осложнений отнесено развитие множественной дисфункции органов (MODS) у 16 (22,2%) больных. В срок до 30 дней после операции умерли 14 (19,4%) пострадавших (осложнения V степени). У пациентов, которые получили изолированные повреждения ДПК, летальность составила 1,4% (1). Причиной летальности у умерших были MODS у 12 (16,7%) и арозивное кровотечение у 2 (2,8%) пострадавшего.

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

Выводы. Травмы ДПК при ранней диагностике и своевременном хирургическом вмешательстве, могут эффективно лечиться с помощью простых хирургических методов. Сложные травмы ДПК и те, которые сочетаются с повреждением соседних органов и структур, требуют более продуманной стратегии, которая включает в себя тщательный учет физиологической устойчивости пациента, тяжести травмы, степени выраженности изменений в брюшной полости и забрюшинном пространстве, а также опыта хирурга. Наблюдая тенденцию к использованию менее травматичных методик оперативных вмешательств у этой категории пострадавших во всем мире, можно предположить, что они позволят улучшить результаты лечения этой тяжелой категории пострадавших.