

ТРАВМА ГРУДИ И ЖИВОТА

**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА
ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
У ДЕТЕЙ**

Аверин В. И., Рустамов В. М.,

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Севковский И. А.

*Республиканский научно-практический центр детской хирургии,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Проблема закрытых повреждений органов брюшной полости является актуальной и по сей день, чем и объясняется большое внимание детских хирургов к этому виду патологии. Такие операции никогда не бывают типичными. В каждом случае хирургу самому приходится выбирать план и объем оперативного вмешательства, от чего в дальнейшем будет зависеть судьба пациента. Исходы лечения повреждений 12-перстной кишки зависят от времени с момента травмы до операции, характера повреждения, хирургической тактики и адекватного послеоперационного ведения больного.

Цель. Изучить результаты лечения закрытых повреждений 12-перстной кишки у детей.

Материалы и методы. В РНПЦ детской хирургии находилось на лечении 17 пациентов с травмой 12-перстной кишки, что составило 4,95 % от всех поступивших с закрытой травмой живота (ЗТЖ), сопровождавшейся повреждениями внутренних органов. По возрасту дети распределились следующим образом: новорожденный – 1, от 3 до 7 лет – 3, от 8 до 10 лет – 7 и от 11 до 15 лет – 6 детей.

Результаты и обсуждение. Причинами травмы были: у 6 детей – падение с высоты, у 10 – прямой удар в эпигастральную область и у 1 – родовая травма.

По клиническому, диагностическому и лечебному критериям нами выделены 3 типа повреждений 12-перстной кишки.

Первый тип – интрамуральная гематома. Имела место в 5 случаях. Клиническая картина у одного больного была выраженной (сильная боль, перитонеальный синдром). У 4 пациентов наблюдалась умеренная болезненность в мезогастррии и рвота после приема пищи с примесью желчи или «кофейной гущи». У 2 больных при осмотре живота в мезогастральной области справа пальпировалось резко болезненное объемное образование без четких контуров. При УЗИ – объемное образование головки поджелудочной железы. Диагноз был поставлен с помощью рентгенологического исследования и фиброгастроскопии. Оперировано было 3 больных. У двоих гематома вскрылась в просвет 12-перстной кишки. Все дети поправились.

Второй тип – забрюшинный разрыв стенки 12-перстной кишки на 1/3 – 2/3 просвета без повреждения поджелудочной железы обнаружен у 10 больных. Характерными клиническими признаками для этого вида травмы были боль в животе, напряжение мышц в мезогастральной области справа, отсутствие перистальтики, рвота (у 2 детей с примесью крови). Все больные оперированы по поводу ЗТЖ с повреждением полого органа. У 2 больных предполагали разрывы 12-перстной кишки. Операции были выполнены в сроки от 2,5 до 6 часов после травмы у 5 больных, от 6 до 12 часов – у 2 и от 12 до 16 часов – у 3. Во время лапаротомии забрюшинный разрыв 12-перстной кишки обнаружен у 8 пациентов, у 2 – разрыв не диагностирован. Оба ребенка были оперированы в районных больницах, после чего направлены в клинику. В клинике всем больным было выполнено ушивание разрыва кишки двухрядным швом, дренирование забрюшинного пространства и обязательное проведение двухпросветного дуоденоюноального зонда для декомпрессии 12-перстной кишки и энтерального питания.

Несмотря на проводимое лечение один ребенок умер.

Третий тип – забрюшинный разрыв стенки 12-перстной кишки на 1/3–2/3 просвета с повреждениями поджелудочной железы (ПЖ) имел место у 2 больных. Особенностью данного вида травмы явилось тяжелое исходное общее состояние. В анамнезе у них отмечена потеря сознания в момент травмы. Характерные для первых часов травмы клинические проявления травматического панкреатита быстро сменялись клиникой перитонита. Выявляемая во время операции триада признаков (геморрагический выпот, стеариновые бляшки на брюшине, ретроперитонеальная гематома) подтверждает повреждение ПЖ.

У одного ребенка обнаружено повреждение головки ПЖ, у другого – полный поперечный разрыв ПЖ. Произведено ушивание ран стенки 12-перстной кишки, ПЖ, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Послеоперационный период у одного осложнился образованием кисты ПЖ, а у другого – ферментативным перитонитом и несостоятельностью швов 12-перстной кишки. Ему наложен еюнопанкреатоанастомоз по Ру. Оба пациента поправились.

Выводы. Тактика при лечении травм 12-перстной кишки зависит от характера повреждений. При интрамуральной гематоме с высокой кишечной непроходимостью и кровотечением необходимо применять эндоскопическое или оперативное лечение. При разрывах 12-перстной кишки методом выбора является ушивание разрыва, дренирование забрюшинного пространства через поясничную область и постоянная назоеюнальная интубация двухпросветным зондом для декомпрессии 12-перстной кишки и энтерального кормления.