

Чепурной М.Г., Чепурной Г.И.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВОВ ЗАБРЮШИННОГО ОТДЕЛА ДВЕННАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону. Россия

Механизм разрывов забрюшинной части двенадцатиперстной кишки (ДК) при ударах в верхние отделы живота ребёнка хорошо объяснён в учебной литературе. **Цель нашего сообщения** – показать современные возможности детской хирургии в лечении травм ДК, полученных в дорожных происшествиях.

Материал и методы исследования. Клиника детской хирургии РостГМУ за 40-летний период (1981-2020 гг.) располагает опытом лечения 4 детей, получивших разрыв забрюшинной части ДК в результате падения через руль велосипеда, движущегося на большой скорости, при этом ударяясь о руль эпи-гастральной областью. Все пациенты были в подростковом возрасте: мальчики в возрастном диапазоне 7-9 лет. Все дети поступили в детское хирургическое отделение больницы № 20 г. Ростова-на-Дону в первые 12-18 часов после случившегося, жалуясь на сильную нарастающую в своей интенсивности боль в верхних отделах живота. Появление болевой симптоматики в животе после выяснения анамнестических данных помогало врачам в постановке предварительного диагноза и двигаться дальше в нужном направлении.

Основным в диагностике заболевания методом была рентгенография органов брюшной полости, и на рентгенограмме были видны пузырьки воздуха, появившиеся в забрюшинном пространстве с максимальной концентрацией их в зоне расположения ДК. Такая типичная рентгенологическая картина определяла тактику лечения пациента.

После часовой предоперационной подготовки больных оперировали. Выполняли срединную лапаротомию, обходя пупок справа. При ревизии органов брюшной полости обращали внимание на то, что корень брыжейки кишечника был инфильтрирован, клетчатка в нём окрашена в жёлто-зелёный цвет и содержит пузырьки воздуха. Как правило, брюшина на всём протяжении была ин-тактной. Путём мобилизации печёчного угла толстой кишки и её восходящего отдела, после рассечения переходной складки брюшины по правому боковому каналу брюшной полости обнажали забрюшинное пространство, где становилась хорошо видна нижняя горизонтальная ветвь ДК. Она была окружена клетчаткой, имbibированной жёлчью и кровью, а также воспалительным экссудатом. На её задней стенке располагался обычно разрыв длиной 3-4 см, идущий в косом

направлении. Наладив систему отсоса содержимого ДК, поступающего из её проксимального отдела в зону разрыва, мы переходили на другой этап операции – наложение гастростомы.

В области угла желудка накладывали гастростому по Кадеру и через неё в желудок и далее в ДК проводили тefлоновый зонд. Трансгастростомическую технику дренирования ДК считаем наиболее предпочтительной, т. к. именно она позволяет всё время удерживать зонд в области установленного отрезка duodenum. Применявшийся ранее для этих целей назодуоденальный зонд вследствие своей большой длины не удерживает свой конец на уровне ДК и покидает её пределы, возвращаясь в желудок. Уменьшенная приблизительно в 3 раза длина гастродуоденального зонда не позволяет ретроградной миграции его, придавая определённую жёсткость конструкции. После выполнения этого этапа операции, возвращаемся в русло кишечного разрыва, выполняя все необходимые манипуляции по очищению краёв разрыва и наложению первого краевого ряда швов непрерывной рассасывающейся нитью (Vicryl 4/0-5/0) по методике Чепурного-Кацупеева и второго ряда узловых швов (Prolen 5/0). Проводим санацию окружающих тканей, после чего осуществляем дренирование околодуоденального пространства с помощью резиновых полосок от перчаток. Дренаж подводим также и к корню брыжейки. Перед восстановлением целостности кишки устанавливаем конец гастродуоденального зонда с двумя боковыми отверстиями на конце в зоне ушитого разрыва и фиксируем зонд у выхода из желудка. Гастростому выводим через отдельный разрез на передней брюшной стенке, также как и дренажи из дуоденальной зоны.

В послеоперационном периоде больной получает внутривенно сандастатин и микродозы атропина вместе с инфузионной терапией в течение 4-5 суток с обязательной аспирацией содержимого из просвета duodenum через гастро-дуоденальный зонд и из просвета желудка – через назогастральный зонд. Антибиотикотерапия проводится с деконтаминацией, которую назначают с 5-6 дня после операции.

Результаты. Несмотря на серьёзность хирургической патологии, все больные выздоровели. Одним из благоприятных условий, которое способствовало успешному лечению, мы считаем ранние сроки оказания хирургической помощи больным (первые 12-18 час.), не позволившие развиться гнойным процессам в забрюшинном пространстве и позволившие наложить прочные швы на стенку органа, не достигшую критических воспалительных изменений. Существенное значение имеет и сам способ наложения инвагинационных швов в способе Чепурного-Кацупеева. Энтеральное питание начинаем а 5-6-х суток. Последним удаляем гастродуоденальный зонд на 9-11 сутки. У 2 больных гастростома закрылась самостоятельно, у двоих – она была ушита.

Выводы: 1) основным в успешном лечении разрывов ДК является раннее обращение больных за медицинской помощью; 2) основным диагностическим симптомом разрыва ДК является пневматизация забрюшинного пространства, определяемая на рентгенограмме; 3) наиболее рациональным способом обнажения забрюшинного пространства при повреждении ДК является вскрытие правого бокового канала брюшной полости и смещение правой половины толстой кишки к срединной линии; 4) первый ряд швов на кишку целесообразно накладывать по методике Чепурного-Кацупеева; 5) необходимо проводить де-компрессию ДК гастродуоденальными зондом, используя гастростому; 6) проведение послеоперационной ингибиции панкреатического сока и жёлчи считаем обязательным.

P.S. В модель хирургического лечения разрывов забрюшинных стенок ДК мы включили ещё этап пересечения связки Трейтца, что увеличивает скорость продвижения химуса по кишке в 5 раз, что улучшает её де-компрессию.