

ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ІЗОЛЬОВАНОМУ УШКОДЖЕННІ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Р. С. РЯБЦЕВ

*ДУ «Інститут загальної і невідкладної хірургії АМНУ імені В. Т. Зайцева»,
Харків, Україна*

Представлено результати лікування хворих із ізольованими ушкодженнями дванадцятипалої кишки. Вироблено діагностичний та хірургічний алгоритми залежно від часу надходження пацієнтів до стаціонару, розміру й локалізації дефекту стінки дванадцятипалої кишки.

Ключові слова: ушкодження дванадцятипалої кишки, тактика хірургічного лікування, результати хірургічного лікування.

Діагностика та оперативне лікування ізольованого ушкодження дванадцятипалої кишки (ДПК) на теперішній час належить до найбільш рідкісної, а внаслідок цього складної і до кінця не вирішеної проблеми ургентної хірургії. Каменем спотикання є не тільки помилки у діагностиці, але й неправильний вибір оперативного втручання, що призводить до розвитку загрозливих для життя ускладнень і високої післяопераційної летальності (від 11,8 до 30,5%) [1, 6], а у випадках розвитку заочеревинної флегмони летальність може сягати 100% [4]. Ці обставини зумовлюють загальну тяжкість стану хворих і високий ступінь операційно-анестезіологічного ризику [2], що диктує необхідність пошуку оптимального підходу до діагностики та вибору методу лікування. Є принципова різниця у верифікації ушкоджень ДПК, тактиці та хірургічній техніці при різних ушкодженнях відділу органу. Найбільш складними питаннями залишається рання діагностика та

вибір хірургічного обсягу втручання [8]. Так само досить важливе значення має термін із моменту отримання травми до звернення пацієнта по медичну допомогу [3].

Мета нашого дослідження — аналіз результатів хірургічного лікування та обґрунтування оптимального обсягу хірургічного втручання пацієнтам із ізольованими ушкодженнями ДПК.

У клініці за період із 2006 по 2018 р. перебувало 16 пацієнтів із ізольованим ушкодженням ДПК, з них 12 чоловіків і 4 жінки, їх середній вік становив 41,1 року. Серед ізольованих травм найчастіше було відкрите ушкодження ДПК колоторізаного характеру — у 13 хворих. Ще у 3 пацієнтів ця травма була наслідком удару по передній черевній стінці. Цікаво, що вони через закритий характер травми у зв'язку з періодом уявно-го благополуччя звертались у клініку пізніше, ніж постраждали з відкритими ушкодженнями. У стані алкогольного сп'яніння перебували 25%

Таблиця 1

**Локалізація ізольованих ушкоджень
дванадцятипалої кишки**

Локалізація ушкоджень ДПК	Кількість хворих
Верхня частина	1
Низхідна частина	11
Горизонтальна частина	3
Дванадцятипало-порожньокишечний вигин	1

Таблиця 2

**Ступені ушкодження дванадцятипалої кишки
в обстежених пацієнтів**

Ступінь	Обсяг ушкодження	Кількість хворих
I	Інтрамуральна гематома, надрив стінки ДПК	1
II	Гематома займає більше одного відділу ДПК або є розрив менше 50% її кола	12
III	Розрив 50–75% кола другого відділу ДПК або 50–100% кола	3

пацієнтів, що впливало на своєчасність надання їм допомоги. Час надходження становив до 6 год у 12 пацієнтів, більше — у 4. Діагностика ізольованого ушкодження ДПК до теперішнього часу залишається досить важкою, особливо при закритих формах. Це стосується як доопераційного, так і інтраопераційного періодів. Для установки доопераційного діагнозу велика увага приділялася клініко-анамнестичним даним, за умови якщо пацієнт був при свідомості: отримані травми у ділянці епігастрію, хворобливість при пальпації у даному місці, пастозність у пряничній ділянці, диспептичні розлади. Пацієнти, які надходили з ізольованими ушкодженнями ДПК, скаржилися на біль у животі, нудоту, блювання. Перитонеальні симптоми виявлено в 11 пацієнтів. У всіх постраждалих відзначалося наростання лейкоцитозу із зсувом лейкоцитарної формули вліво. Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини було виконано усім пацієнтам із пробую ДеБейкі — Хенельта, що дало змогу зафіксувати появу вільного газу в черевній та заочеревинній порожнинах у 10 пацієнтів, в одного пацієнта на знімку було видно розширення просвіту ДПК зі «спіральною пружиною» вертикальної частини кишки у результаті клапанного перекриття її просвіту інтрамуральною гематомою. Оптимальним методом діагностики є фагогастродуоденоскопія. При ізольованому ушкодженні заочеревинного відділу ДПК без травматизації задньої стінки парієтальної очеревини спостерігалася стерта клінічна картина, напруження передньої черевної стінки не визначалося, ознаки подразнення очеревини були відсутні. У випадках невираженої клінічної

картини ургентно використовували діагностичну відеолапароскопію, яка дає змогу у випадках візуалізації перфорації вшити її лапароскопічно. Зазначимо, що ультразвукове дослідження черевної порожнини та лапароцентез малоінформативні, з цієї причини при ушкодженнях ДПК вказані методи використовуються як скринінгові.

У перші 6 год із моменту надходження у клініку було прооперовано 15 хворих. Інтраопераційній діагностиці пацієнтів із ізольованими ушкодженнями ДПК також надається велике значення, оскільки на цьому етапі допускається велика кількість помилок. Це стосується як відкритих, так і закритих травм ДПК. Визначення ушкоджень внутрішньочеревних відділів ДПК під час операції не є складним у зв'язку з наявністю домішок жовчі в ексудаті або імбібіцією жовцю поруч із розташованими органами. Для заочеревинних розривів цього органа в його проекції була характерна триада інтраопераційних ознак за Winiwarter – Laffite [5]: гематома із зеленуватим відтінком розповсюджується на корінь брижі тонкої кишки, емфізема під парієтальною очеревиною у ділянці ДПК, драглистий набряк парієтальної очеревини. Вибір хірургічного лікування залежав від багатьох факторів, включаючи тяжкість стану хворого, локалізацію ушкоджень, час надходження пацієнта до стаціонару, проте вирішальна роль належала локалізації ушкоджень (табл. 1).

Найчастіше діагностовано II ступінь із розривом менше 50% кола у 12 хворих, III (50–75% відповідно) — у 3 пацієнтів і в 1 постраждалого — I ступінь із наявністю гематоми і надривом стінки ДПК, яку ми класифікували за E. Moore et al. [7] (табл. 2).

У 15 пацієнтів мобілізація ДПК виконувалася за Кохером — Клермоном, а при заочеревинних розривах — за Cattell – Braasch, що дало змогу детальніше оглянути заочеревинний простір і виявити масивну гематому. При порушенні цілісності ДПК 1–2-го ступенів вдавалися до ушивання дворядними швами з тампонадою або без, пасмом великого сальника на ніжці. В одному з випадків при діагностичній лапароскопії виявили та одномоментно ушили дефект дворядними швами. У 3 постраждалих із пошкодженням III ступеня верхнього горизонтального відділу ДПК з метою запобігання неспроможності швів виконували резекцію шлунка за Більрот-II у модифікації Гофмейстера — Фінстерера, вимикаючи ДПК. Обов'язковими були зондова декомпресія ДПК, холецистостомія і раннє ентеральне харчування. У наших пацієнтів спостерігався ряд хірургічних ускладнень за Clavien – Dindo: I ступеня — у 12 випадках, II — у 3, IIIb — в 1.

Ускладнення в післяопераційному періоді виявлено у 5 (31,3%) пацієнтів. В одного розкрито і дреновано флегмону заочеревинного простору. Внаслідок дуоденеостазу у пацієнта з пораненням низхідного відділу ДПК розвинувся неінфікований панкреонекроз, який не потребував оперативного

лікування. У трьох хворих із формуванням дуоденальної нориці лікування було консервативним. У післяопераційному періоді всім хворим проводилася комплексна інфузійно-трансфузійна терапія та раннє ентеральне харчування.

У ході дослідження ми дійшли таких висновків. Чинниками, які впливали на результат лікування ізольованого ушкодження ДПК, є: терміни госпіталізації постраждалих, розмір і локалізація дефекту кишки, своєчасна діагностика і вибір обсягу хірургічного втручання і післяопераційних

ускладнень. Виконується ретельна ревізія заочеревинного простору, показанням до якої є один із симптомів тріади Winiwarter – Laffite. При ушкодженнях I–II ступенів у терміни поранення не більше 6 год необхідно ушивати дефект ДПК дворядними швами з назогастроудоденальною інтубацією. При надходженні хворих у більш пізні терміни або при ушкодженнях III ступеня доцільно виключити пасаж їжі по кишці шляхом накладення гастроентероанастомоза з браунівським співустьям і декомпресією жовчовивідних шляхів.

Список літератури

1. Повреждения органов панкреатодуоденальной зоны / П. А. Иванов, А. В. Гришин, Д. А. Корнеев [и др.] // Хирургия.— 2003.— № 12.— С. 39–43.
2. Сигуа Б. В. Диагностика и лечение поврежденных двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.01.17 «Хирургия» / Б. В. Сигуа.— СПб., 2008.— 16 с.
3. Повреждения живота при множественной и сочетанной травме / М. Ф. Черкасов, В. Н. Юсков, В. Н. Ситников [и др.]— Ростов-на-Дону: Набл, 2005.— 304 с.
4. Duodenal perforation after a blunt abdominal sporting injuri: the importance of early diagnosis / N. J. Aherne, E. G. Kavanagh, E. T. Condon [et al.] // J. Trauma.— 2003.— Vol. 54, № 4.— P. 791–794.— doi: <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000061514.05103.7b>
5. *Astarcioğlu H.* Comparison of different surgical repairs in the treatment of experimental duodenal injury // Am. J. Surg.— 2001.— № 181 (4).— P. 109–312.
6. *Jansen M.* Duodenal injuries surgical management adapted to circumstances / M. Jansen, D. F. Du Toit, B. L. Warren // Injury.— 2002.— № 33.— P. 611–615.— doi: [https://doi.org/10.1016/s0020-1383\(02\)00108-0](https://doi.org/10.1016/s0020-1383(02)00108-0)
7. Organ injury scaling II: pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum / E. E. Moore, T. H. Cogbill, M. A. Malangoni [et al.] // J. Trauma.— 1990.— Vol. 30, № 11.— P. 1427–1429.— doi: <https://doi.org/10.1097/00005373-199011000-00035>
8. Isolated duodenal rupture due to go-karting accidents-braking news / M. Thomas, N. N. Basu, M. S. Gulati [et al.] // Ann. Royal Coll. Surg. Engl.— 2009.— Vol. 91, № 4.— P. 340–343.— doi: <https://doi.org/10.1308/147870809x400930>

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Р. С. РЯБЦЕВ

Представлены результаты хирургического лечения больных с изолированными повреждениями двенадцатиперстной кишки. Выработаны диагностический и хирургический алгоритмы в зависимости от времени поступления пациентов в стационар, размера и локализации дефекта стенки двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: повреждение двенадцатиперстной кишки, тактика хирургического лечения, результаты хирургического лечения.

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT FOR ISOLATED DUODENAL INJURY

R. S. RIABTSEV

The results of treatment of the patients with isolated duodenal injuries are presented. The diagnostic and surgical algorithm is designed depending on the time of patients admission to hospital, the size and localization of the defect of duodenum wall, size and localization of the defect of duodenum wall.

Key words: duodenal injury, tactics of surgical treatment, results of surgical treatment.

Надійшла 08.07.2019