

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРАВМАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ



Рузибоев Санжар Абдусаломович¹, Амонов Худойберди Равшанович², Зиятов Имомжон Файзуллаевич¹
1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЖАРОҲАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ КЛИНИК ТАҲЛИЛИ

Рузибоев Санжар Абдусаломович¹, Амонов Худойберди Равшанович², Зиятов Имомжон Файзуллаевич¹
1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш. ;
2 – Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий Маркази Самарқанд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

CLINICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL INTERVENTION IN DUODENUM INJURIES

Ruziboev Sanjar Abdusalomovich¹, Amonov Khudoyberdi Ravshanovich², Ziyatov Imomjon Fayzullaevich¹
1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада 20 йил давомидаги ўн икки бармоқ ичакнинг жароҳатланишларини таххислаш ва даволаш натижалари тақдим этилган. Ўн икки бармоқ ичакнинг ёпиқ жароҳатлари бўлган 86 нафар беморнинг жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Жароҳатланишдан кейинги дастлабки босқичларда дуоденостомияни қўллаш, бизнинг фикримизча, яхши вариантлардан бири ҳисобланади. ЎИБИ айланасининг ½ қисмидан кўпроқ қисми жароҳатланганда ЎИБИни овқат ҳазм қилиш тизимидан ажратиш (дивертикулизация) ва ошқозонни дренажлаш операциялари билан бир қаторда дуоденостомия қўйиш яхши самара берди.

Калит сўзлар: Дуоденал травма, диагностика ва хирургик даволаш.

Abstract. The paper presents the results of diagnostics and features of treatment of traumatic damage to the duodenum for 20 years. The analysis of the results of surgical treatment of 86 patients with closed injuries and wounds of the duodenum was carried out. In the early stages after trauma, the imposition of a duodenojejunosomy is, in our opinion, the best. Separation of duodenum from the digestive system (diverticulation) and operations on the drainage of the stomach, as well as duodenostomy were effective, when the disease was damaged more than half of the duodenum.

Key words: Damage to the duodenum, surgical treatment.

Актуальность исследования. По анализу отечественной и иностранной литературы, механические повреждения ДПК представляют собой недостаточно исследованную проблему. При этом качество диагностики и результаты хирургического лечения пострадавших с травмой ДПК по-прежнему остаются на достаточно низком уровне, что объясняется отсутствием единого подхода к диагностике и унифицированной хирургической тактике при различных видах повреждений дуоденальной стенки [1, 3, 9]. Наиболее частым и

грозным осложнением в раннем послеоперационном периоде является несостоятельность швов дуоденальной раны с развитием перитонита или формированием наружного свища [5, 7, 11]. На научных трудах авторы указывают на большое число осложнений и высокую летальность у данной категории больных. Высокая послеоперационная летальность в основном обусловлена поздними госпитализацией и диагностикой, составляя при изолированных травмах ДПК от 11,8 до 30,5%, а при сочетанных — от 46,6 до 80%. При

развитии забрюшинной флегмоны летальность может достигать 100% [2, 6, 9].

Повреждение двенадцатиперстной кишки (ДПК) является одной из сложных ситуаций для хирурга, определяемых в первую очередь проблемой выбора хирургической тактики лечения подобных больных. До сих пор отсутствует унифицированная хирургическая тактика у пациентов данной патологии.

Цель исследования. Провести анализ результатов хирургического лечения и определение оптимального объема хирургической помощи больным с повреждениями ДПК.

Материал и методы исследования. Проанализирован лечения 86 больных с сочетанными и изолированными повреждениями ДПК находившихся на обследовании и лечении в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2000 по 2024 гг. Для проведения ретроспективного анализа результатов лечения больных с травматическими повреждениями ДПК использованы архивные данные о больных.

Основная масса оперированных больных составила лица молодого и среднего возраста – 65 (75,6%), мужчин было в 2 раза больше, чем женщин. Среди пострадавших мужчин было 71 (82,5%), женщин - 15 (14,5%).

Травматическое повреждение двенадцатиперстной кишки в 3 (3,5%) наблюдениях были в результате падения с высоты (кататравма); подавляющее большинство травм ДПК имели в 65 (75,6%) случаях - автодорожные происшествия; в 6 (7%) - производственные травмы, и суицидные попытки - в 2 (2,4%) наблюдениях, ятрогенное повреждение возникло в 5 (5,8%) наблюдении, избиение - у 5 (5,8) больных.

Таблица 1. Локализации повреждений ДПК

Локализация повреждения	Количество больных	
	Абс	%
Верхняя горизонтальная часть	18	20,9%
Нисходящая часть	45	52,3%
Нижняя горизонтальная часть	21	24,4%
Дуоденальный сосочек	2	2,3%
Всего	86	100%

Таблица 2. Сочетание повреждений ДПК с другими органами и анатомическими областями

Повреждение органов	Количество больных	
	Абс	%
Поджелудочная железа	15	17,4%
Печень	7	8,1%
Воротная вена	2	2,3%
Желчный пузырь	4	4,6%
Желудок	3	3,7%
Тонкая кишка	3	3,7%
Толстая кишка	7	8,1%
Всего	41	47,7%

Подавляющее большинство случаев время доставки пострадавшего в стационар составило 45,3+ 14,5 мин. Однако 18 (20,9%) пациентов обратились за медицинской помощью более чем через 6 часов после травмы. Преимущественно это пациенты с закрытой травмой живота. В первую очередь, позднее обращение было связано с неадекватной оценкой больными своего состояния.

На долю сочетанных и множественных травм пришлось 41 (47,7%), которые чаще выявлялись при ранениях ДПК, что влияло на степень тяжести данного вида повреждений. Изолированной травма оказалась в 45 (52,3%) наблюдениях. Повреждения ДПК сочетались с травмой поджелудочной железы 15 (17,4%), печени –7 (8,1%), желчного пузыря –4 (4,6%), толстого кишечника 7 (8,1%), тонкого кишечника –3 (3,7%) и желудка – 3 (3,7%), воротной вены 2 (2,3%).

Повреждения нисходящего отдела ДПК выявлены в 45 (52,3%) случаях, нижегоризонтальной части - в 21 (24,4%) случаях, верхне-горизонтальной части ДПК - в 18 (20,9%) наблюдениях.

Сочетание повреждений ДПК с другими органами и анатомическими областями представлено в таблице 2.

В зависимости от поставленной цели и задач исследования все исследованные больные были разделены на две группы.

I (ретроспективная) группу составили 41 (47,7%) больных, которым была использована традиционная методика лечения, согласно разработанного в клинике протокола, рассчитанная на наложении первичного шва на повреждении ДПК с дренированием брюшной полости.

II (проспективная) группу составили 45 (52,3%) больных, которым первичный шов раны ДПК дополняли назогастроуденальной декомпрессией и проведением зонда для питания, при повреждениях более 1/2 окружности ДПК первичный шов дополнялся дренирующей желудок операцией, дивертикулизацией ДПК, дуоденостомиию, антрумэктомиию, гастроеюностомиию, дренирование общего желчного протока.

За счет слаженных организационных лечебно-диагностических мероприятий и оснащением современной оборудованностью и квалифицированным персоналом позволило значительно расширить диагностические возможности и сократить время обследования больных поступающих по экстренным показаниям с закрытыми травмами и ранениями живота и острой хирургической патологией. У подавляющее большинство больных с травмами и ранениями живота диагностические обследования выполнялось непосредственно в операционной на фоне проведения противошоковых мероприятий.

Результаты исследования. Преимущественно при поступлении пациенты жаловались на боли в животе. Боли как правило носила нелокализованный характер. В 21(24,4%) случаях имела боль в поясничной области.

Пациентам для определения наиболее оптимальной лечебно-диагностической программы и преимущественности в оказании хирургической помощи использовали классификацию повреждений ДПК E. Moore et al (1990):

I степень повреждения - гематома - изолированное вовлечение одного отдела. Разрывы - поверхностные надрывы и частичные надрывы, не проникающие в просвет.

II степень повреждения - гематома - вовлечение двух и более отделов.

Разрывы - кишечной стенки, занимающие менее 1/2 ее окружности.

III степень повреждения - Разрывы - в пределах 50-70 % окружности II отдела ДПК с сопутствующим повреждением поджелудочной железы и наличием забрюшинной флегмоны.

IV степень повреждения - разрыв более 75% окружности кишки, повреждение ампулы и дистальной части холедоха.

V степень повреждения - Разрывы - массивное повреждение всего панкреатодуоденального комплекса. Повреждение сосудов- деваскуляризация ДПК.

Назоинтестинальная декомпрессия ДПК является особо важным моментом операции при повреждениях ДПК. В ретроспективной группе при повреждениях ДПК назогастроуденальная декомпрессия проводилась не всегда. В проспективной группе во всех без исключения наблюде-

ниях завершали назогастроуденальной декомпрессией и проведением интестинального зонда для питания за связку Трейтца.

При изолированной гематомах и поверхностных надрывах – (I степень повреждения) гематома ДПК в ретроспективной группе ограничилась эвакуацией гематомы с последующим дренированием забрюшинной клетчатки. В проспективной группе - удаление гематомы с последующим дренированием забрюшинной клетчатки дополнялась холецистостомией - в 11 (24,4%) наблюдение. Во всех случаях гематомы были ревизированы с целью исключения проникающего в просвет кишки характера повреждения. Забрюшинные гематомы в области двенадцатиперстной кишки, ревизировались после мобилизации по Кохеру. Ревизия гематомы у двух пациентов позволила установить разрыв стенки кишки.

Разрывы кишечной стенки, занимающие менее 1/2 ее окружности-II степень повреждений при закрытой травме живота была выявлена у 14 (31,1%) пострадавших. При повреждении ДПК после иссечения краев раны был наложен первичный шов, дополненный холецистостомией, дренированием сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки и назогастроуденальной декомпрессией и проведением интестинального зонда для питания за связку Трейтца.

Разрывы - в пределах 50-70 % окружности II отдела ДПК с сопутствующим повреждением поджелудочной железы и наличием забрюшинной флегмоны было выявлено у 9(20%) пострадавших. У 7 пациентов данной группы были обнаружены одиночные повреждения стенки ДПК в пределах 50% окружности, осложненные очаговым панкреонекрозом и инфицированной гематомой забрюшинного пространства. Почти во всех случаях больные поступили впервые 12 часов от момента получения травмы с клиникой перитонита. Всем больным было выполнено выключение ДПК из пищеварительного тракта с дренирующими операциями желудка.

Разрывы более 75% окружности кишки -IV степень травмы ДПК наблюдалась у 8 (17,8%) пострадавших. В 5 случаях была выполнена дивертикулизация ДПК с разгрузочной еюностомой (стенка ДПК ушивалась двурядным швом, далее выполнялось выключение ДПК с последующей перитонизацией рядом узловых швов). Операции завершались ГЭА.

При повреждении верхнее горизонтальной части ДПК в сочетании с желудком в 3 случаях была выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера с холецистостомией, обходным ГЭА с Брауновским соустьем. Дефект стенки ДПК ушивали двухрядными узловыми швами.

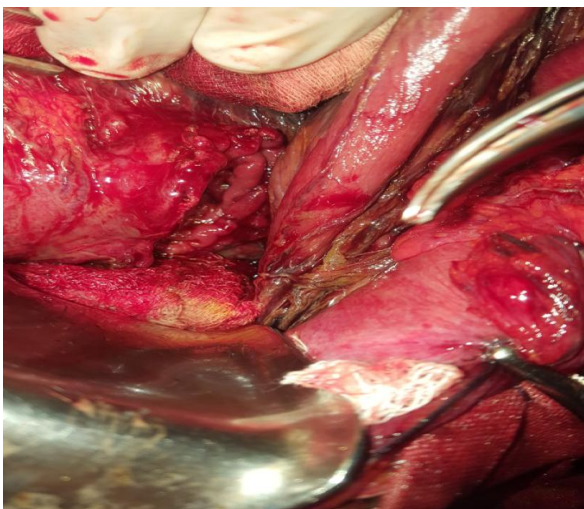


Рис 1. Повреждение нижнегоризонтального отдела ДПК до 50% окружности

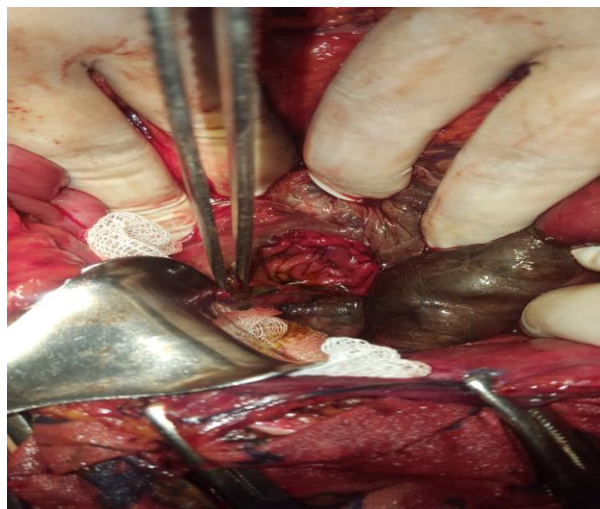


Рис. 2. Повреждение нижнегоризонтального отдела ДПК более 50% окружности и забрюшинной флегмоной

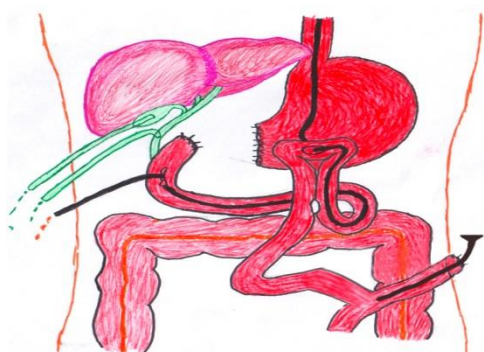


Рис 3. Операция Донавана-Хагена с наложением питательной еюностомией по Витцелью

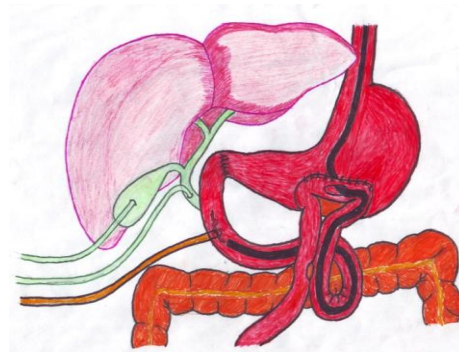


Рис. 4. Простая дивертикулизация ДПК с наложением холецистостомии, холедохостомии, дуоденостомии

Всем больным была выполнена назогастро-дуоденальная активная аспирация, установка интестинального зонда для питания, дренирование забрюшинной клетчатки. Во всех случаях операция дополнялась дуоденостомией и холецистостомией.

Массивное повреждение всего панкреатодуоденального комплекса -V степень повреждений ДПК была диагностирована у 3(6,7%) пострадавших. Одному больному была выполнена операция панкреатодуоденальная резекция с разгрузочной еюностомией. Из-за профузного кровотечения умерли двое больных во время проведения операции.

Основными причинами смерти в остром периоде чаще являлась острая массивная кровопотеря 5 (5,8 %), а в отдаленном периоде — сепсис и СПОН — 11(12,8 %), лишь у 2 (2,3 %) умерших смертельный исход определяли такие осложнения, как свищи, кахексия.

Послеоперационная смертность у оперированных больных с травмами ДПК за последние 10 лет составила 5 (11,1%) в сравнении за предыдущие 10 лет – 13(31,7%). Основными факторами, влияющими на частоту летальности, оказались размеры раневого дефекта ДПК, тяжесть сопутст-

вующих повреждений, возможность быстрой и точной диагностики, а также адекватность хирургического пособия. Необходимо отметить, что частота осложнений после различных операций отключения намного меньше, нежели с сохранением пассажа по двенадцатиперстной кишки.

При лечении больных с травмами двенадцатиперстной кишки, в результате применения различной хирургической тактики сравнительный анализ результатов лечения показал, что:

1. У большинства больных ретроспективной группы на фоне перитонита не диагностирован разрыв ДПК или швы накладывались в течении 24 часа и более в поздние сроки, что приводило к несостоятельности швов и повторным операциям.
2. Еще одним аспектом негативных последствий у больных ретроспективной группы исследования в регионах является то, что у большинства больных при поражении более 1/2 окружности ДПК и III-IV степени выключение двенадцатиперстной кишки от пищеварительной системы с дренирующими операциями желудка не выполнялось.

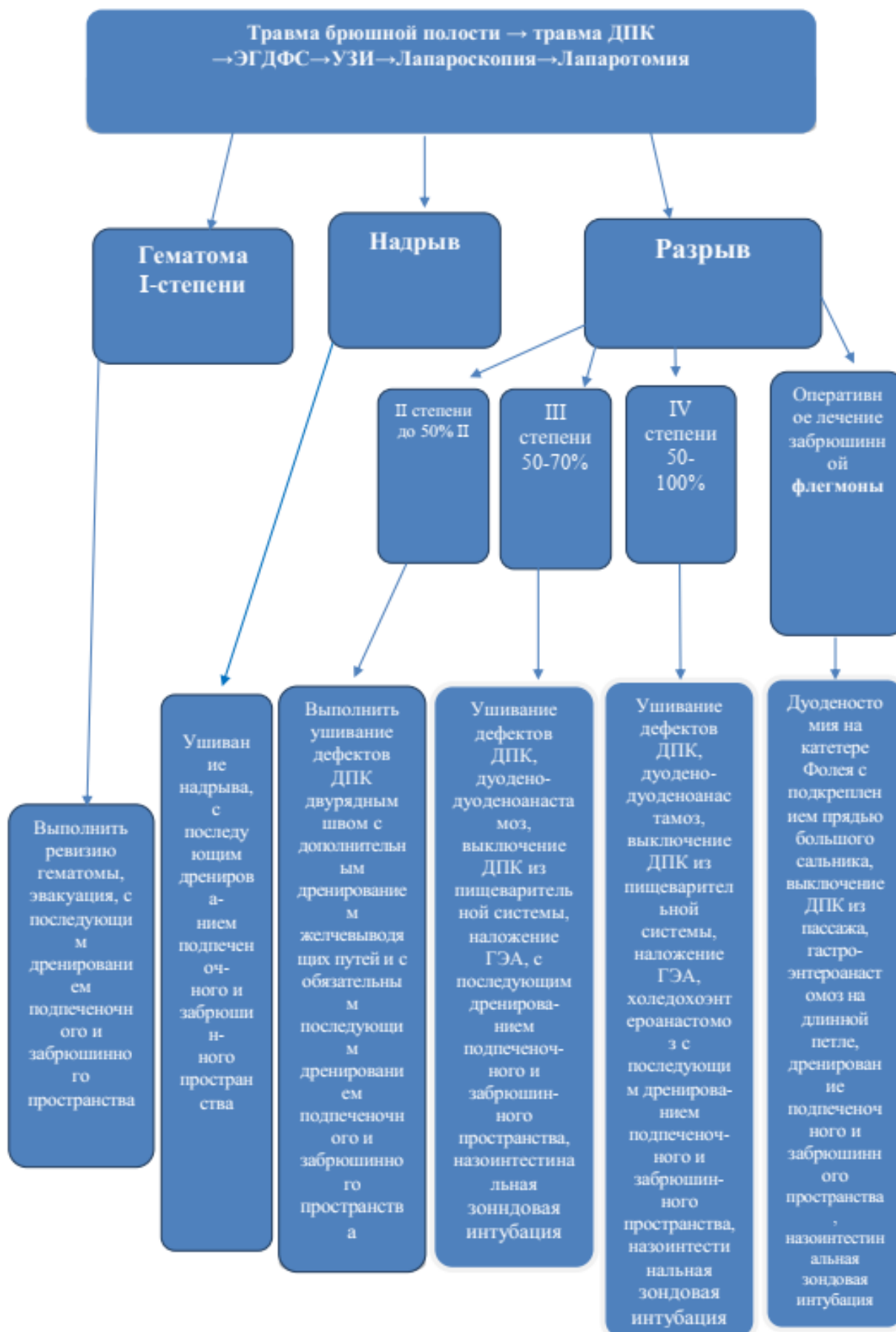


Рис. 5. Тактический алгоритм диагностики и выбора оптимального объема хирургической помощи больным с повреждениями ДПК

3. В обеих группах основными причинами дуоденальных свищей были ранее не диагностированные разрывы ДПК или швы накладывались в течение 24 ч и более в поздние сроки, нагноение интрамуральных гематом ДПК, забрюшинной гематомы, осложненный панкреонекроз.

По результатам проведенного исследования был сформирован тактический алгоритм диагностики и выбора оптимального объема хирургической помощи больным с повреждениями ДПК.

Обсуждение. Предложенная лечебно-диагностическая программа, а так же индивидуализированный подход к выбору способа оперативного вмешательства и ведения послеоперационного периода в зависимости от степени повреждений двенадцатиперстной кишки по предложенной программе позволил, существенно снизить число осложнений, послеоперационную летальность и улучшить результаты лечения.

Выводы. Для профилактики несостоятельности швов и посттравматического панкреатита нужно установить декомпрессионный назоинтестинальный зонд с постоянной аспирацией дуоденального содержимого. До 6 часов после получения повреждения наложение дуоденоюноанастомоза по нашему мнению является наиболее лучшим. Более поздние сроки после травмы наложение дуоденостомии на протяжении с отключением ДПК из пищеварительного тракта и с дренирующими операциями желудок дали хорошие результаты.

Литература:

1. Азимов М., Ризаев Ж. А., Азимов А. М. К вопросу классификации одонтогенных воспалительных заболеваний //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 278-282.
2. Ахмедов Ю.М., Хайдаров Г.А., Рузибоев С.А. Оптимизация диагностики и тактики хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки // Журнал «Хирургия Узбекистана». – 2013. – №3. – С. 28-34.
3. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
4. Ризаев Ж. А., Гафуров Г. А. Влияние общесоматической патологии на стоматологическое здоровье //Пародонтология. – 2017. – Т. 22. – №. 1. – С. 11-14.
5. Ризаев Ж. А., Нарзиева Д. Б., Фуркатов Ш. Ф. Регионарная лимфотропная терапия при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области //ТОМ-1. – 2022. – С. 386.

6. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.

7. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчно-каменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований.–2023. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.

8. Хасанов А. Г., Матигуллин Р.М., А.М.Меньшиков., Бадретдинов А.Ф. Хирургическая тактика при ранениях двенадцатиперстной кишки // Ж. Практическая медицина. Уфа. 5 (81) 2014. С. 67-70.

9. Ярмухамедова Н. А., Ризаев Ж. А. Изучение Краткосрочной Адаптации К Физическим Нагрузкам У Спортсменов Со Вторичными Иммунодефицитами //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 6. – С. 128-132.

10.Rizaev J. A., ugli Sattorov B. B., Nazarova N. S. Analysis of the scientific basis for organizing dental care for workers in contact with epoxy resin //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 15. – С. 280-283.

11.Rizaev J. A., Kuliev O. A. Risk factors of anemia in children and prognosing of it //Электронный инновационный вестник. – 2018. – №. 4. – С. 62-65.

12.Rizaev J. A. et al. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases //Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny). – 2022. – Т. 25. – №. 4. – С. 40-45.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРАВМАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Рузибоев С.А., Амонов Х.Р., Зиятов И.Ф.

Резюме. В работе представлены результаты диагностики и особенности лечения травматического повреждения двенадцатиперстной кишки за 20 лет. Проведен анализ результатов хирургического лечения 86 больных с закрытыми повреждениями и ранениями ДПК. В ранние сроки после травмы наложение дуоденоюноанастомоза по нашему мнению является наиболее лучшим. Отделение ДПК от пищеварительной системы (дивертикуляция) и операции по дренированию желудка, а также дуоденостомия были эффективны, когда было повреждено более полуокружности ДПК.

Ключевые слова. Повреждение двенадцатиперстной кишки, диагностика, хирургическое лечение.