

УДК 616.342-001.1-089

КАБИШ В.П., РУЖИЦЬКИЙ А.А., ДУДКО Д.С., БАЧИНСЬКИЙ Ю.С., ПЕТРОВ В.І.,
ПЕТЛЮК Ю.П., КОВТУНЯК А.В., СТЕЛЬМАЩУК В.В., БОДЯКА В.Ю.

Центральна районна лікарня, м. Красилів, Україна

ТРАВМА ВИСХІДНОЇ ЧАСТИНИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Резюме. У даній статті наведено сучасний стан проблеми травм дванадцятипалої кишки в невідкладній абдомінальній хірургії. Розглянуто питання стосовно причин пошкодження дванадцятипалої кишки, вибору методів діагностики, оперативного лікування та запобігання розвитку післяопераційних ускладнень. Наведено п'ять клінічних випадків лікування травматичних пошкоджень дванадцятипалої кишки.

Ключові слова: дванадцятипала кишка, травма.

Закриті ізольовані розриви та удари дванадцятипалої кишки (ДПК) є дуже рідкісними пошкодженнями органів черевної порожнини та заочеревинного простору, що супроводжуються високою летальністю та великою кількістю післяопераційних ускладнень. За даними багатьох авторів, пошкодження ДПК при абдомінальній травмі становить від 0,2 до 5 %. Переважає кількість травматичних пошкоджень, спричинених проникаючим пораненням черевної порожнини. Найбільш часто ці пошкодження виникають унаслідок дорожньо-транспортних пригод. При ізольованих пошкодженнях ДПК летальність становить 11,8–30,5 %, а при поєднаних з іншими органами — 52–80 % [10–12, 17, 18].

Післяопераційний період у хворих із травматичними пошкодженнями ДПК у 25–60 % випадків супроводжується розвитком ранніх ускладнень, серед яких найбільш частими є неспроможність швів дуоденальної рани, розвиток заочеревинної флегмони. Слід відмітити, що при розвитку заочеревинної флегмони, в умовах дії пептичного фактора, летальність сягає майже 100 % [16].

Серед основних видів механічного пошкодження ДПК найбільш часто зустрічаються її розриви та крововиливи в стінку. Встановлено переважання частоти механічних пошкоджень ДПК при кільцеподібній її формі, при цьому розриви здебільшого локалізуються в низхідному відділі. Частими причинами крововиливів в стінку ДПК є удар у живіт, автодорожня травма, стиснення тулуба, падіння з висоти тощо [11, 18].

Розрізняють два основних типи розриву ДПК: внутрішньоочеревинний та заочеревинний. При внутрішньоочеревинному розриві клінічна картина нагадує таку, як за перфоративної виразки. Особливої уваги заслуговують заочеревинні ушкодження ДПК, що супроводжуються тяжкими ускладненнями та високою летальністю [14, 16, 18].

Діагностика та лікування травм ДПК залишаються одними з найбільш складних та до кінця не вирішених проблем. Діагностичні труднощі заочеревинних розривів ДПК зумовлені певними анатомічними особливостями її розташування, відсутністю специфічних симптомів, наявністю періоду уявного благополуччя, для якого не характерні специфічні скарги. Все це призводить до пізньої госпіталізації таких пацієнтів та великої кількості діагностичних помилок [11, 12].

Специфічних симптомів травм ДПК немає, проте є ознаки, за якими можливо запідозрити її пошкодження. Це наявність травми в ділянці епігастрії або поперека, довготривале зберігання або наростання болю в цих ділянках при відсутності перитонеальної симптоматики, набряк підшкірно-жирової клітковини в поперековій ділянці, а також поява ознак шлункової диспепсії [2].

При підозрі на травму ДПК у передопераційному періоді потрібно застосовувати рентгенологічне дослідження, обов'язково з контрастуванням, а також езофагогастродуоденофіброскопію (ЕГДФС) [2, 13].

З цією метою І.В. Чубар та співавт. (2012) [7, 8] пропонують за допомогою фіброскопа або назогастрального зонда вводити в порожнину ДПК 3% розчин перекису водню (H₂O₂) та впродовж перших 5 хвилин проводити рентгенографію.

Не виявлені під час першого оперативного втручання пошкодження ДПК вказують на неадекватну її ревізію та ще раз доводять актуальність інтраопераційної діагностики, яку інколи взагалі хірурги не виконують.

© Кабиш В.П., Ружицький А.А., Дудко Д.С.,
Бачинський Ю.С., Петров В.І., Петлюк Ю.П.,
Ковтуняк А.В., Стельмашук В.В., Бодяка В.Ю., 2013
© «Український журнал хірургії», 2013
© Заславський О.Ю., 2013

Інтраопераційна діагностика заочеревинних розривів ДПК базується на ретельній її ревізії при наявності ознак (тріада Laffite): гематоми та набряку клітковини панкреатодуоденальної ділянки, емфіземи заочеревинного простору та жовто-зеленого забарвлення заднього листка очеревини. Наявність гематоми стінки ДПК є обов'язковим показанням для проведення її ревізії на предмет проникаючого пошкодження її стінки. Потрапляння агресивного вмісту ДПК в заочеревинний простір спричиняє розвиток флегмони цієї локалізації та перитоніту, що призводить до незадовільних результатів лікування [2, 11].

Хірургічна тактика при травмах ДПК залишається остаточно невизначеною, що обумовлено труднощами накопичення достатньої кількості спостережень, великим різноманіттям особливостей пошкоджень.

Для ретельної ревізії ДПК виконують мобілізацію її за Кохером з пересіченням зв'язки Трейца. Проте за наявності великих за об'ємом гематом заочеревинного простору необхідно виконувати мобілізацію за Cattell – Braasch, оскільки даний хірургічний прийом забезпечує одночасний доступ до судинних структур цієї ділянки [2, 3].

Вибір методу оперативного втручання для кожного пацієнта виконується індивідуально, інтраопераційно. Пацієнтам із пошкодженням ДПК без супутньої травми підшлункової залози виконують зашивання дефекту стінки кишки дворядним швом з постійною декомпресією цієї ділянки та дренажуванням заочеревинного простору. За даними іноземних авторів, близько 80 % травм ДПК потребують простого зашивання дефекту її стінки [15].

При тяжкій поєднаній травмі застосовують інші варіанти, що спрямовані на виключення ДПК з пасажу шлункового вмісту, шляхом перекриття просвіту воротаря. Так, при поєднаному пошкодженні з підшлунковою залозою застосовують комплекс оперативних втручань (дивертикулізація ДПК за Донованом — Хагеном), спрямованих на зниження функції підшлункової залози та створення спокою ДПК. Це виконання стовбурової ваготомії, антрумектомії з накладанням гастроентероанастомозу за Ру та дуоденостомії на катетері. При локалізації пошкодження ДПК в ділянці її великого сосочка накладають холедохо- або холецистостому [2–4].

Незадовільні результати зашивання дефекту стінки ДПК, особливо великих розмірів, спонукали до розробки та впровадження дуоденоєюноанастомозу. Перевагами даного оперативного втручання є короткий природний шлях пасажу дуоденального вмісту, що запобігає розвитку дуоденостазу. Для формування анастомозу використовують одну з проксимальних петель порожньої кишки, між оральним та аборальним відділами якої накладають сполучення за Брауном або мобілізують її за Ру.

Так, А.І. Суходоля та співавт. (2003) [1] запропонували при травматичних розривах ДПК накладати анастомоз між місцем пошкодження та петлею порожньої кишки, виключеної за методикою Ру. При цьому відновлення прохідності шлунково-кишкового тракту виконують шляхом формування анастомозу між петлями порожньої кишки за типом «кінець у бік» на відстані 20–40 см від зв'язки Трейца.

Дана методика технічно нескладна, дозволяє скоротити тривалість оперативного втручання, при цьому досягти надійної герметичності та спроможності анастомозів.

Проте згодом цей спосіб ними були дещо вдосконалено — шляхом накладання зсередини кетгуттового кисетного шва в препілоричній частині шлунка, через створений отвір у ньому при формуванні анастомозу. За даною методикою авторами прооперовано шість пацієнтів, у жодному випадку неспроможності анастомозів не було [9].

В.П. Пішак та співавт. (2003) [5] пропонують зашивати дефекти ДПК, виключивши її з пасажу, виконувати холецистостомію та накладати гастроентеростомію на довгій петлі зі сполученням за Брауном.

Найбільш частим та небезпечним ускладненням лікування травм ДПК є неспроможність заштої дуоденальної рани з подальшим розвитком перитоніту та дуоденальної норичі [2, 3, 11, 12].

М.С. Кравець та співавт. (2006) [6] із метою запобігання розвитку неспроможності швів запропонували укріплювати пошкоджену ділянку ДПК шматком проленової сітки. Також проводити десимпатизацію шлунково-дванадцятипалої артерії, шляхом відокремлення її від оточуючих тканин та розсічення адвентиції з симпатичними нервами, в поздовжньому напрямку. Вони стверджують, що перитонізація місця пошкодження проленовою сіткою дозволяє надійно укріпити дану ділянку кишки, а десимпатизація шлунково-дванадцятипалої артерії суттєво покращує мікроциркуляцію в цій зоні, тим самим прискорює загоювання тканин.

Велике значення в запобіганні неспроможності швів ДПК має її декомпресія, оскільки наявність великої кількості протеолітичних ферментів, шлункового, дуоденального та панкреатичного соків, жовчі може призводити до розвитку даного ускладнення [18].

Упродовж 17 років, починаючи з 1996 року, у хірургічному відділенні Красилівської центральної районної лікарні проліковано п'ятьох пацієнтів із травматичним пошкодженням ДПК, було застосовано різні методики оперативних втручань.

Пацієнт К., 61 року (медична картка стаціонарного хворого (МКСХ) № 5993), перебував на лікуванні в хірургічному відділенні з 03.09.1996 р. по 08.09.1996 р. з діагнозом: політравма. Закрита травма живота. Розрив ДПК. Відрив жовчного міхура від ложа. Розлитий жовчний перитоніт. Закрита травма грудної клітки. Двобічний перелом ребер. Двобічний пневмоторакс.

Травму (був побитий) пацієнт отримав за добу до звернення у лікарню. Оглянутий травматологом, виконано дренажування плевральних порожнин за Бюлау, проведено протишокові заходи. При подальшому лікуванні загальний стан різко погіршився, з'явилися болі в нижніх відділах живота, яких раніше не було. Пацієнта терміново оглянуто хірургом. Упродовж двох годин спостереження наростала клініка гострого перитоніту, у зв'язку з чим виконано оперативне втручання (протокол операції № 373 від 03.09.1996 р.) — лапаротомія. Ушивання розриву ДПК. Холецистектомія. Дренажування холедоха за Піковським. Санация та дренажування черевної порожнини.

Після виконання лапаротомії в черевній порожнині виявлено серозно-фібринозний випіт із домішками жовчі, запалення парієтальної та вісцеральної очеревини, що є більш вираженим у верхньому поверсі живота.

При подальшій ревізії знайдено розрив передньої стінки висхідної частини ДПК, трохи нижче супрадуоденальної частини холедоха. Мала місце зяюча рана розмірами 1,5 × 1,5 см, з якої витікала жовч. Тіло жовчного міхура відірване від його ложа, з останнього відмічалася помірна кровотеча.

Рана ДПК ушита дворядним вузловим швом. Жовчний міхур видалено, холедох дреновано за Піковським, через куксу міхурової протоки. Ложе жовчного міхура ушито. Заведено назогастроуденальний зонд до нижньої горизонтальної частини ДПК. До вінслова отвору підведено багатотрубчастий дренаж. Заведено трубчасті дренажі в малий таз та ліву піддіафрагмальну ділянку. Лапаротомна рана пошарово зашита.

У ранньому післяопераційному періоді почала розвиватися гостра ниркова недостатність, олігурія, виникла гостра посттравматична правобічна пневмонія. З боку органів черевної порожнини ускладнень не було. На третю добу після оперативного втручання живіт при пальпації м'який, помірно чутливий по ходу післяопераційної рани, перитонеальні симптоми негативні, перистальтика звичайна, зонд та дренажі добре функціонували.

Проте на п'яту добу раннього післяопераційного періоду стан пацієнта різко погіршився. Незважаючи на проведену інтенсивну терапію, наростали явища дихальної та серцево-судинної недостатності, що стало безпосередньою причиною його смерті.

Другий пацієнт Я., 23 років (МКСХ № 5286), 11.08.2002 р. доставлений каретою швидкої допомоги в лікарню з місця дорожньо-транспортної пригоди, внаслідок якої він отримав травму — прямий удар у живіт бампером автомобіля.

При огляді: стан пацієнта тяжкий, у свідомості, загальмований. Шкіра та видимі слизові блілого кольору. Язик вологий. У легенях вислуховувалося ослаблене везикулярне дихання. Пульс — 90 ударів за хвилину, задовільного наповнення. АТ 120/80 мм рт.ст. Живіт при пальпації помірно напружений у проекції шлунка, лівої частки печінки. Мала місце гематома передньої черевної стінки. Перитонеальні симптоми сумнівні. Перистальтика млява. Виконано лапароцентез, отримано свіжу кров.

Після короткотривалої передопераційної підготовки пацієнту проведено оперативне втручання (протокол операції № 343 від 11.08.2002 р.). Під час виконання лапаротомії виявлено підшкірний розрив білої лінії живота довжиною 4 см вище пупка з пошкодженням задньої стінки піхви прямого м'яза та парієтальної очеревини, через яку виходить петля тонкої кишки. При ревізії черевної порожнини мало місце до 300 мл крові з жовчю, масивна заочеревинна гематома з емфіземою, які поширювалися на корінь брижі тонкої та товстої кишок. Виявлено відрив порожньої кишки від термінального відділу ДПК. При розсіченні заднього листка очеревини ліворуч від зв'язки Трейца знайдено поперечний розрив (відрив) ДПК від порожньої кишки зі збереженням частини задньої стінки товщиною 1,5 см. Виконано мобілізацію ДПК за Cattell —

Braasch із ревізією заочеревинного простору. Пошкодження горизонтальної частини ДПК не виявлено. Проведено мобілізацію проксимального та дистального кінців ДПК, накладено дуоденодуоденоанастомоз за типом «кінець у кінець». Для декомпресії ДПК сформований передній попередубодовий гастроентероанастомоз, на довгій петлі, зі сполученням за Брауном. Заведено тонкий назогастроінтестинальний зонд нижче анастомозу. Виконано дронування заочеревинного простору, піддіафрагмальних ділянок, а також порожнини малого таза. Лапаротомна рана пошарово ушита.

На фоні проведеної інфузійної та антибактеріальної терапії, уведення сандостатину протягом п'яти діб, парентерального та зондового харчування післяопераційний період перебігав без ускладнень. Шлункового стазу не спостерігалось, суттєвих виділень з дренажів черевної порожнини не було. Рана загоїлася первинним натягом. Пацієнта на 17-ту добу в задовільному стані виписано з лікарні.

Виконано контрольний огляд через півроку. Почуває себе добре, скарг немає. При виконанні ультразвукового дослідження органів черевної порожнини та ЕГДФС патологічних змін не виявлено. Ознаки стенозу ДПК та порушення пасажу хімусу через дуоденоанастомоз при рентген-контрастному дослідженні не виявлено.

Третій випадок — це пацієнтка О., 55 років (МКСХ № 4310), 29.06.2003 р. у тяжкому стані доставлена в лікарню каретою швидкої медичної допомоги, через годину після одержаної травми (впала, під час їзди на велосипеді, на металевий штир).

При огляді живота — нижче реберної дуги, по передній пахвовій лінії, мала місце рвана рана, розмірами 1,5–2,0 см, вкрита згустками крові.

Пацієнтку терміново взято в операційну, де було виконано оперативне втручання — лапаротомія. Зашивання рани ДПК. Гастроентероанастомоз за Вельфлером. Санация та дронування черевної порожнини (протокол операції № 289 від 29.06.2003 р.).

При ревізії черевної порожнини виявлено значну кількість крові із згустками, пошкодження заочеревинного простору в ділянці задньої бокової стінки живота на рівні II поперекового хребця. Знайдено косопоперечний розрив 3/4 висхідної частини ДПК, із залишком вузької смужки (завширшки 1,5 см) задньої її стінки. При подальшій ревізії виявлено розрив брижі тонкої кишки, надрив брижі висхідної частини товстої кишки, а також пошкодження всіх шарів стінки живота в правій здухвинній ділянці.

Після мобілізації нижньої горизонтальної частини ДПК виконано відновлення її цілісності за допомогою вузлових швів, розташованих у два поверхи, а також пересічено зв'язку Трейца за Стронгом. Сформовано попередубодовий гастроентероанастомоз за Вельфлером із сполученням за Брауном. Відновлено цілісність пошкодженої брижі тонкої та ободової кишок.

Рановий канал передньої черевної стінки після ревізії та часткового гемостазу дреновано трубчастими дренажами, які разом із тампоном підведено до лінії швів ДПК. Рану черевної стінки, правої здухвинної ділянки дреновано та зашито. Заведено дренажі у порожнину малого таза. Лапаротомну рану пошарово зашито.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Пацієнтку на 23-тю добу раннього післяопераційного періоду у задовільному стані виписано з лікарні. Впродовж десяти років вона веде звичний спосіб життя, з приводу патології органів шлунково-кишкового тракту в лікувальні заклади не зверталася.

Четвертий пацієнт Д., 46 років (МКСХ № 3499), 15.05.2006 р. отримав травму внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (удар животом об кермо автомобіля).

Після відповідного обстеження та короткотривалої передопераційної підготовки виконано оперативне втручання (протокол операції № 253/254 від 15.05.2006 р.). У черевній порожнині — до двох літрів крові зі згустками, гіперемія парієтальної та вісцеральної очеревини. В ділянці зв'язки Трейца виявлено рану ДПК, розмірами 2,5–3,5 см, з якої поступав дуоденальний вміст. Відмічалось поздовжнє пошкодження брижового краю порожньої кишки, розмірами до 6–8 см, яке починалося від зв'язки Трейца. Також в ділянці зв'язки Трейца знайдено поздовжній розрив поперечно-ободової кишки, розмірами до 5,0 см та дві ділянки десерозації її стінки. Інших пошкоджень органів черевної порожнини не виявлено, проте мав місце спайковий процес у підпечінковому просторі. Після мобілізації висхідної та горизонтальної частин ДПК розсічено зв'язку Трейца. Виконано резекцію висхідної частини ДПК та пошкодженого сегмента порожньої кишки. Сформовано дуоденоєюноанастомоз за типом «кінець у кінець» дворядним швом. З метою декомпресії ДПК накладено гастроентероанастомоз, на довгій петлі, зі сполученням за Брауном. Заведено назогастроінтестинальний зонд нижче від браунівського анастомозу для проведення зондового харчування. Рану та десерозовані ділянки попереково-ободової кишки ушити. Заведено трубчасті дренажі в піддіафрагмальні простори, порожнину малого таза та в місце дуоденоєюноанастомозу. Лапаротомна рана пошарово захита.

Післяопераційний період перебігав без особливостей, ускладнень не було. Рана загоїлася первинним натягом. На 15-й день раннього післяопераційного періоду пацієнта у задовільному стані виписано з лікарні.

П'ятий випадок — пацієнт Л., 38 років (МКСХ № 3578), 23.05.2011 р. надійшов у хірургічне відділення з клінікою хронічного панкреатиту в стадії загострення.

Захворів гостро, за добу до звернення в лікарню. Виникнення хвороби пов'язував із вживанням алкогольних напоїв, після чого з'явилися біль у животі, нудота, блювота залишками їжі. Пацієнт хворів на епілепсією та мав II групу інвалідності. Будь-які травми впродовж останніх двох місяців заперечував.

При огляді: загальний стан середньої тяжкості, шкіра блідо-рожева, язик вологий, дихання везикулярне, АТ — 120/80 мм рт.ст., пульс — 78 ударів на хвилину. Живіт запалий, брав участь в акті дихання, при пальпації м'який, помірно чутливий в епігастрії, по правому фланку та правій здухвинній ділянці. Перистальтика сповільнена, дані за подразнення очеревини відсутні, печінка збільшена на 2–3 см.

Лабораторне обстеження свідчило про незначну анемію (еритроцити — 3,38 Т/л; гемоглобін — 101 г/л), гіпербілірубінемію (загальний білірубін 40,14 мкмоль/л, із

переважанням непрямої його фракції), гіпопротеїнемію (загальний білок — 54,3 г/л). Проведена ЕГДФС вказувала на хронічний гастродуоденіт. При ультразвуковому дослідженні виявлено незначну кількість вільної рідини в правих відділах живота, зокрема в проекції дванадцятипалої кишки, ослаблену перистальтику кишечника.

На фоні проведеної консервативної терапії стан пацієнта не покращувався, з'явилися ознаки подразнення очеревини. Зважаючи на неефективність проведеного консервативного лікування, а також наявність слідів вільної рідини в черевній порожнині, з метою уточнення діагнозу, пацієнту виконано лапароскопію (протокол операції № 300 від 24.05.2011 р.). При ревізії черевної порожнини виявлено заочеревинну гематому правого фланку та малого таза, у якому знаходилося близько 200 мл гемолізованої крові. Печінка без візуальних пошкоджень.

Виконано верхньосерединну лапаротомію (протокол операції № 301 від 24.05.2011 р.). При ревізії мала місце заочеревинна гематома правого фланку черевної порожнини, яка поширювалася на малий таз, мезо- та параколон зліва, брижу тонкої і сигмоподібної кишок, а також сечовий міхур. Печінка, селезінка, шлунок, тонкий та товстий кишечник без пошкоджень.

При мобілізації ДПК за Кохером виявлено розрив задньої стінки, вкритий старими згустками крові. Після мобілізації ДПК у ділянці зв'язки Трейца виконано ревізію гематоми та видалення згустків крові. Для перевірки герметичності ДПК у її просвіт встановлено зонд та уведено розчин брильянтового зеленого. Пошкоджену серозну оболонку кишки ушити. З метою виключення пасажу по ДПК пілоричний відділ шлунка прошито. Сформовано передній гастроентероанастомоз зі сполученням за Брауном. Для харчування заведено зонд нижче від браунівського сполучення. Виконано санацію черевної порожнини розчинами антисептиків, заведено трубчасті дренажі в лівій піддіафрагмальний та підпечінковий простори, в ділянку пошкодження ДПК, в правий фланк, а також у малий таз.

Специфічних скарг та ускладнень у післяопераційному періоді не було, за винятком того, що при контрольному ультразвуковому дослідженні, на 10-ту добу, виявлено незначну кількість рідини в лівому плевральному синусі та правій здухвинній ділянці. На 14-ту добу після виконання оперативного втручання пацієнта у задовільному стані виписано з лікарні. При подальших контрольних оглядах патологічних змін не виявлено.

Отже, дані клінічні випадки ще раз доводять, що травматичне пошкодження ДПК є тяжким видом травми, яке супроводжується ускладненнями та високою летальністю. Це зумовлено труднощами ранньої діагностики, запізними оперативними втручаннями, технічною складністю усунення пошкодження.

На даний час залишається багато невирішених питань стосовно діагностики травм ДПК та вибору оптимального методу оперативного втручання, про що свідчить велика їх кількість.

Розробка ефективних методів діагностики, оперативних втручання та оптимального алгоритму хірургічної тактики при травмі ДПК продовжує залишатися актуальною проблемою сучасної невідкладної хірургії.

Список літератури

1. Декларацийний патент на винахід 59083 А Україна, МПК 7 А 61 В 17/00. Спосіб хірургічного лікування травматичних розривів дванадцятипалої кишки / Суходоля А.І., Власов В.В., Підмурняк О.О., Костюк О.О.; заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. — № 2003010079; заяв. 03.01.03; опуб. 15.08.03, Бюл. № 8.
2. Макаров А.Э. Диагностическая и лечебная тактика при травме двенадцатиперстной кишки : Дис... канд. мед. наук : 14.00.27 / Макаров Арнольд Эдуардович. — М., 2003. — 126 с.
3. Матигуллин Р.М. Профилактика и лечение забрюшинной флегмоны при травматических повреждениях двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.27 «Хирургия» / Р.М. Матигуллин. — Уфа, 2010. — 22 с.
4. Операции на пищеводе, желудке и кишечнике : атлас операций на органах пищеварения / А.А. Шалимов, А.П. Радзиховский. — Том 1. — Киев : Наукова думка, 2003. — 340 с.
5. Патент України на корисну модель 15326, МПК А 61 В 17/00. Спосіб хірургічного лікування пошкоджень дванадцятипалої кишки / Пішак В.П., Польовий В.П., Бойко В.В., Магальяс В.М., Польова С.П.; заявники та патентовласники Пішак Василь Павлович, Польовий Віктор Павлович, Бойко Валерій Володимирович, Магальяс Віктор Миколайович, Польова Світлана Петрівна. — № u200600592; заяв. 23.01.06; опуб. 15.06.06, Бюл. № 6.
6. Патент України на корисну модель 18459, МПК А 61 В 17/00. Спосіб профілактики неспроможності дванадцятипалої кишки при її травматичних ушкодженнях / Кравець М.С., Рилов А.І., Мортуладзе Д.Ш.; заявник та патентовласник Запорізький державний медичний університет. — № u200604475; заяв. 21.04.06; опуб. 15.11.06, Бюл. № 11.
7. Патент України на корисну модель 72292, МПК А 61 В 17/00. Спосіб діагностики травматичного ушкодження дванадцятипалої кишки / Чубар І.В., Суходоля А.І., Козак Л.І.; заявники та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. — № u201114561; заяв. 08.12.11; опуб. 10.05.12, Бюл. № 9.
8. Патент України на корисну модель 72292, МПК А 61 В 17/00. Спосіб діагностики травматичного ушкодження дванадцятипалої кишки при фіброгастродуоденоскопії / Чубар І.В., Суходоля А.І., Козак Л.І., Царук Л.Л.; заявники та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. — № u201204472; заяв. 09.04.12; опуб. 10.10.12, Бюл. № 19.
9. Патент України на корисну модель 72292, МПК А 61 В 17/00. Спосіб хірургічного лікування травматичних розривів дванадцятипалої кишки / Суходоля А.І., Чубар І.В.; заявники та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. — № u201201936; заяв. 20.02.12; опуб. 10.08.12, Бюл. № 15.
10. Политравма: хирургия, травматология, анестезиология, интенсивная терапия / [Ф.С. Глумчер, П.Д. Фомин, Е.Г. Педаченко и др.]. — К. : Медицина, 2012. — 736 с.
11. Семенюк Ю.С. Спостереження успішного лікування хворого з посттравматичним розривом заочеревинного відділу дванадцятипалої кишки / Ю.С. Семенюк, В.О. Ткач, В.Ф. Денишук // Шпитальна хірургія. — 2011. — № 2. — С. 86-87.
12. Травматическое повреждение двенадцатиперстной кишки / И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко, А.В. Сивожелезов [и др.] // Український журнал хірургії. — 2011. — № 3 (12). — С. 41-45.
13. Baron T.H. Haemclip repair of a sphincterotomy induced duodenal perforating / T.H. Baron // Gastrointestinal endoscopy. — 2000. — Vol. 52 (4). — P. 566-568.
14. Houshian S. Traumatic duodenal rupture in a soccer player / S. Houshian // Br. J. Sports Med. — 2000. — Vol. 34 (3). — P. 218-219.
15. Management of duodenal injuries in children / J.N. Clendennon, R.L. Meyers, M.L. Nance [et al.] // J. Pediatr Surg. — 2004. — Vol. 39. — P. 964-968.
16. Prognostic determinants in duodenal injuries / J.M. Blocksom, J.G. Tyburski, R.L. Sohn [et al.] // Am. Surg. — 2004. — Vol. 70. — P. 248-255.
17. Recent trends in the management of combined pancreatoduodenal injuries / P. Lopez, R. Benjamin, M. Cockburn [et al.] // Am. Surg. — 2005. — Vol. 71. — P. 847-852.
18. Tsuei B.J. Management of the difficult duodenum / B.J. Tsuei, R.W. Schwartz // Curr Surg. — 2004. — Vol. 61. — P. 166-171.

Отримано 05.10.13 □

Кабыш В.П., Ружицкий А.А., Дудко Д.С., Бачинский Ю.С., Петров В.И., Петлюк Ю.П., Ковтуняк А.В., Стельмашчук В.В., Бодяка В.Ю.

Центральная районная больница, г. Красилів, Украина

ТРАВМА ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Резюме. В данной статье представлено современное состояние проблемы двенадцатиперстной кишки в неотложной абдоминальной хирургии. Рассмотрен вопрос относительно причин повреждения двенадцатиперстной кишки, выбора методов диагностики, оперативного лечения и предотвращения развития послеоперационных осложнений. Представлены пять клинических случаев лечения травматических повреждений двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, травма.

Kabysh V.P., Ruzhytsky A.A., Dudko D.S., Bachynsky Yu.S., Petrov V.I., Petliuk Yu.P., Kovtunyak A.V., Stelmashchuk V.V., Bodyaka V.Yu.

Central District Hospital, Krasyliv, Ukraine

INJURY OF THE ASCENDING PART OF DUODENUM IN SURGICAL PRACTICE

Summary. This article presents the current state of the problem of the duodenum in emergency abdominal surgery. The authors considered the question concerning the causes of injuries of the duodenum, the choice of diagnostic techniques, surgical treatment and prevention of postoperative complications. The five clinical cases of treatment of traumatic injuries of the duodenum are given.

Key words: duodenum, trauma.