

2. Godino C., Sharp A.S.P., Carlino M. et al. Crossing CTOs - The Tips, Tricks, and Specialist Kit that can Mean the Difference between Success and Failure // Catheterization and Cardiovascular Interventions. - 2009. - Vol. 74. - P. 1019-1046.

3. Jim-bo G.E., Feng Z., Lei G.E. et al. Wire trapping technique combined with retrograde approach for recanalization of chronic total occlusion // Chinese Medical Journal. - 2008. - Vol. 121 (17). - P. 1753-1756.

4. Kimura M., Katoh O., Tsuchikane E. et al. The Efficacy of a Bilateral Approach for Treating Lesions With Chronic Total Occlusions. The CART (Controlled Antegrade and Retrograde subintimal Tracking) Registry // JACC. - 2009. - Vol. 2(11). - P. 1211-1214.

5. Kukreja N., Serruys P.W., Sianos G. Retrograde Recanalization of Chronically Occluded Coronary Arteries: Illustration and Description of the Technique // Catheterization and Cardiovascular Interventions. - 2007. - Vol. 69. - P. 833-841.

6. Surmely J.F., Tsuchikane E., Katoh O. et al. New concept for CTO recanalization using controlled antegrade

and retrograde subintimal tracking: The CART technique // J Invasive Cardiol. - 2006. - Vol. 18. - P. 334-338.

7. Takano M., Mizuno K. Retrograde Crossing for Chronic Total Occlusion Lesions: The Japanese Way // Indian Heart J. - 2008. - Vol. 60. - P. 330-332.

Координаты для связи с авторами: Верин Владимир Владимирович — канд. мед. наук, зав. рентгенохирургическим отделением ДКБ ст. Хабаровск-I ОАО «РЖД», тел.: 8-909-822-54-44, e-mail: verin-v@mail.ru; Шубин Евгений Альбертович — врач отделения рентгенохирургии ДКБ ст. Хабаровск-I ОАО «РЖД», тел.: 8-914-169-66-05, e-mail: eshubin99@gmail.com; Бирюков Алексей Владимирович — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Центра эндоваскулярной хирургии и лучевой диагностики ФГУ «ННИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина», тел.: 8-913-907-29-06, e-mail: m.l.m@mail.ru; Качалов Сергей Николаевич — канд. мед. наук, директор ДКБ ст. Хабаровск-I ОАО «РЖД», рук. кафедры госпитальной хирургии ДВГМУ, тел.: 8-914-540-93-39, sergei.kachalov@gmail.com.



УДК 616.342 - 001

В.Р. Корита¹, С.И. Михеткина², М.Г. Сидоренко²

ПОВРЕЖДЕНИЯ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел./факс: 8(4212) 32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
301-й Окружной военный клинический госпиталь², 680038, ул. Серышева, 1, г. Хабаровск

Вопросы диагностики и хирургического лечения закрытых и открытых, изолированных, сочетанных и комбинированных повреждений 12-перстной кишки (ДПК) до настоящего времени недостаточно изучены. Об этом свидетельствует высокая летальность, колеблющаяся, по данным отечественных и зарубежных авторов, от 16,6 до 90,5% [2] пострадавших.

Принято различать закрытую травму этого органа, вызванную тупым насилием и не сопровождающуюся нарушением целостности покровов, и ранения, редко бывающие изолированными. Редкость повреждения кишки связана с ее небольшими размерами, глубоким расположением, защищенностью мышцами и соседними органами спереди и телами позвонков сзади. С другой стороны, плотное основание, на котором она расположена, ограниченная подвижность способствуют ее повреждению. На сегодняшний день частота повреждения ДПК в структуре повреждений органов брюшной полости составляет около 1,2% [3, 8] и не превышает 10% в структуре травм органов пищеварения [3, 8].

Материалы и методы

За последние 10 лет мы наблюдали 21 пострадавшего с открытыми (7 больных) и закрытыми (14 больных) пов-

реждениями ДПК. Мужчин было 17, женщин 4 в возрасте от 20 до 56 лет. В состоянии алкогольного опьянения поступили 16 пациентов, что явилось фактором, затрудняющим правильную оценку клинических проявлений, своевременную диагностику и определение показаний к оперативному лечению. Повреждения ДПК сочетались с разрывом правой почки (2 чел.), травмой желудка (5 чел.), ушибом поджелудочной железы (2 чел.), печени (4 чел.), тощей кишки (6 чел.), нижней полой вены (1 чел.). Изолированные повреждения 12-перстной кишки были в трех случаях.

При тупой травме живота забрюшинный разрыв ДПК выявлен у 11 больных. У трех пациентов имелся полный отрыв ее ниже привратника. При поступлении состояние было крайне тяжелое у 6 и тяжелое — у 8 больных. Большинство больных были в состоянии шока. Они жаловались на значительные боли в эпигастрии, правом подреберье, правой половине и нижних отделах живота. У всех больных выявлена тахикардия, сухой язык, парез кишечника, сопровождающийся тошнотой и рвотой. Ригидность передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины были установлены у 14 пациентов, гиперлейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево

наблюдались у всех пострадавших. В четырех случаях отрыв ДПК сочетался с повреждениями печени, а в клинике превалировала картина внутрибрюшного кровотечения.

При поступлении 3 больным по неотложным показаниям выполнена ФГДС, однако повреждений желудка и луковицы ДПК выявлено не было (при последующих операциях выявлено забрюшинное повреждение нижнегоризонтального отдела ДПК).

У 12 пациентов выполнено рентгенологическое исследование органов брюшной полости, лишь у двоих выявлено незначительное количество свободного газа под левым куполом диафрагмы, которое, однако, не заставило предположить повреждение ДПК, и лишь оперативное пособие локализовало повреждение.

При изолированных разрывах забрюшинного отдела ДПК без повреждения задней стенки париетальной брюшины наблюдалось умеренное напряжение передней брюшной стенки и невыраженные признаки раздражения брюшины. До операции лишь у 3 больных заподозрили повреждение ДПК. В четырех случаях при лапароскопии заподозрили повреждение ДПК. Всем пациентам произведена верхнесрединная лапаротомия. В первые 6-12 ч с момента поступления в клинику оперированы 14 (66,7%) и 7 (33,3%) пострадавших — в сроки от 12 до 24 ч.

Выявление повреждений внутрибрюшных отделов ДПК во время операции не представляло трудностей в связи с наличием примеси желчи в экссудате. Для забрюшинных разрывов этого органа в его проекции (8 чел.) характерны гематомы с зеленоватым оттенком, распространяющиеся на корень брыжейки тонкой кишки, мезаколон, паранефральную клетчатку.

П.А. Иванов, С.В. Лохвицкий [5, 6] указывают, что характер оперативных вмешательств при травме ДПК зависит от интраоперационных находок, а также времени после полученной травмы и общего состояния пострадавшего.

При травме ДПК необходимо учитывать локализацию и фактор времени с момента ее получения. Существует ряд методик, позволяющих добиться наиболее оптимальных результатов хирургического лечения. Нами применялись три типа операций:

1. В случае повреждения ДПК выше большого дуоденального соска (БДС) с полным поперечным отрывом ДПК от желудка и поступления больных до 6 ч с момента травмы производилось иссечение краев раны и наложение гастродуоденоанастомоза (ГДА) с обязательной декомпрессией желудка и ДПК.

2. При повреждении ДПК выше БДС и поступлении больных свыше 6 ч с момента травмы осуществляли ушивание наглухо дистального отдела желудка и проксимального отдела 12-перстной кишки с последующим наложением гастроеюноанастомоза на длинной петле с межкишечным соустьем по Брауну.

3. При травме ДПК ниже БДС производили ушивание дефекта кишки.

Результаты и обсуждение

При отрыве ДПК от желудка в двух случаях с учетом молодого возраста пациента, короткого дооперационного периода (2-3 ч) и незначительной кровопотери наложен ГДА с заведением назоинтестинального зонда за анастомоз с целью декомпрессии верхних отделов желудочно-

Резюме

Статья посвящена серьезной проблеме неотложной хирургии органов брюшной полости — повреждению 12-перстной кишки. Анализируются результаты лечения 21 пациента с повреждением 12-перстной кишки. Из них 66,7% оперированы в первые 6-12 ч, 33,3% оперированы после 12 ч с момента получения травмы. В зависимости от объема травмы и времени прошедшего после повреждения, предложена дифференцированная оперативная тактика. Пострадавшим без перитонита произведено ушивание дефекта 12-перстной кишки или наложение гастродуоденоанастомоза (ГДА), а при перитоните — наложение разгрузочных анастомозов. Умерло 3 (14,3 %) больных от тяжелых осложнений (геморрагический шок, прогрессирующий перитонит, флегмона забрюшинного пространства).

Ключевые слова: 12-перстная кишка, повреждение, диагностика, хирургическое лечение.

V.R. Korita, S.I. Michetkina, M.G. Sidorenko

DUODENUM INJURIES

*Far Eastern state medical university;
Military hospital № 301, Khabarovsk*

Summary

The article is devoted to a serious problem of urgent abdominal surgery — duodenum injuries. The data of 21 injuries are analyzed. 66,7% patients were operated in the first 6-12 hours, 33,3% were operated 12 hours after the trauma had occurred. We describe a differentiated operational tactics. When patients do not have peritonitis, injury of duodenum was sutured or gastroduodenal anastomosis (GDA) was formed. Injury of duodenum with peritonitis was operated with formation of bypass anastomosis. Out of 21 patients 3 (14,3%) died due to hemorrhage shock, progressive peritonitis, retroperitoneal abscess.

Key words: duodenum, injury, diagnostics, surgery.

кишечного тракта, а также для последующего раннего энтерального питания. Второй зонд вводился в желудок для декомпрессии и постоянной аспирации желудочного сока. Послеоперационный период протекал благоприятно, энтеральное питание по назоинтестинальному зонду осуществлялось с 4 сут. Известна и другая точка зрения [1, 2, 9], авторы которой считают, что необходимо отключение 12-перстной кишки из пассажа при любом ее повреждении. Мы полагаем, что с этим можно согласиться лишь в том случае, если разрыв ДПК произошел ниже большого дуоденального соска, но если разрыв находится в верхнегоризонтальном отделе 12-перстной кишки, то для профилактики несостоятельности ГДА достаточно декомпрессии двумя зондами. В наших клинических наблюдениях оказалось целесообразно применение этого метода, оба пациента выздоровели.

В четырех других случаях с учетом позднего поступления больных, а также развития геморрагического шока и перитонита было признано опасным наложение гастродуоденоанастомоза. В связи с этим дистальный отдел

желудка ушивался наглухо, дефект ДПК ушивался двурядным швом с последующим наложением гастроэнтероанастомоза на длинной петле и межкишечного анастомоза по Брауну. Все случаи закончились выздоровлением.

Дефекты кишки ушивались двурядными швами. При повреждении ДПК выполнялась мобилизация ее по Кохеру-Клерману и ушивание дефектов с обязательным дренированием забрюшинного пространства. Операцию заканчивали санацией и дренированием брюшной полости. При сочетанных повреждениях произведено зашивание ран печени, тонкой кишки и брыжейки кишечника.

В послеоперационном периоде всем пострадавшим проводились противошоковые мероприятия, дезинтоксикационная и антибактериальная терапия. Умерло 3 (14,3%) больных: от кровотечения из нижней полой вены и геморрагического шока — 1 пациент, от прогрессирующего перитонита — 1 пациент, от флегмоны забрюшинного пространства и развития абсцедирующей пневмонии — 1 пациент.

Выводы

1. Травмы 12-перстной кишки трудно диагностируются как до операции, так и интраоперационно и сопровождаются тяжелыми осложнениями и высокой летальностью.

2. Во время операции особое значение придаем тщательной ревизии забрюшинного пространства, показанием к которой является наличие одного из важных признаков, каковыми являются эмфизема, забрюшинная гематома и желто-зеленое окрашивание тканей в области 12-перстной кишки.

3. Тактика оперативного вмешательства зависит от сроков после получения травмы, а также от уровня повреждения 12-перстной кишки.

Л и т е р а т у р а

1. Абакумов М.М., Владимирова Е.С. Способ временного выключения 12-перстной кишки при ее травме // Хирургия. - 1986. - №6. - С. 117-118.

2. Абакумов М.М., Владимирова Е.С., Берсенева Э.А. и др. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений 12-перстной кишки // Вестн. хир. - 1989. - Vol. 142, №2. - С. 116-120.

3. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Диагностика и лечение повреждений живота // Хирургия. - 2001. - №6. - С. 24-28.

4. Бокарев М.И., Молитвословов А.Б., Бирюков Ю.В. Лапароскопия в диагностике повреждений живота у пациентов с сочетанной травмой // Хирургия. - 2004. - №7. - С. 23-25.

5. Иванов П.А., Гришин А.В. Хирургическая тактика при травме 12-перстной кишки // Хирургия. - 2004. - №12. - С. 28-34.

6. Лохвицкий С.В., Садуакасов А.Ж. Повреждения 12-перстной кишки // Хирургия. - 1993. - №11. - С. 45-50.

7. Молитвословов А.Б., Бокарев М.И., Мамонтов Р.Е. Диагностика повреждений живота у пострадавших с сочетанной травмой // Хирургия. - 2002. - №9. - С. 22-27.

8. Молитвословов А.Б., Ерамишанцев А.К., Марков А.Э. и др. Диагностическая и лечебная тактика при травме 12-перстной кишки // Хирургия. - 2004. - №8. - С. 46-51.

9. Чирков Р.Н., Абакумов М.М., Дубровин И.А. Клинико-морфологическое обоснование хирургического лечения пострадавших с разрывами 12-перстной кишки при закрытой травме живота // Хирургия. - 2009. - №8. - С. 12-14.

Координаты для связи с авторами: Корита Владимир Романович — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей и факультетской хирургии лечебного факультета ДВГМУ, тел.: 8(4212) 31-18-29; Михеткина Светлана Ильиодоровна — канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением 2-й Краевой клинической больницы, доцент кафедры общей и факультативной хирургии ДВГМУ, тел.: 8(4212) 42-42-67; Сидоренко Михаил Георгиевич — ст. ординатор 1-го хирургического отделения 301-го ОБКТ, e-mail: mike_sidorenko@mail.ru.

