

группа — 30 лиц от 18 до 40 лет. Пациенты были сопоставимы по возрасту, нозологическим формам, распространенности патологического процесса и проводимому лечению. Исследование показателя ЛТА проводили по методу Ю.А. Витковского и др. (1999). Изучение параметров микроциркуляторного русла проводили с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Использовали аппарат ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия). Оценивали показатель микроциркуляции (ПМ). Исследования проводились в 1-е сутки травмы, в последующем на 2, 5, 10-е сутки после оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что у пациентов 1-й группы в 1-е сутки травмы показатель ЛТА повышается, а ПМ снижается в 2 раза, $p < 0,001$. На 2-е сутки после проведения оперативного вмешательства, показатели лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии и микроциркуляции не отличаются от показателей 1-х суток травмы, в то время как на 5-е сутки с момента операции отмечается снижение лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии в 1,4 раза по сравнению с контролем, и в 3,1 раза по сопоставлению со 2-ми сутками после операции. Показатель микроциркуляции на 5-й день повышался как относительно 1-х суток травмы, так и 2-х суток после оперативного лечения. К 10-м суткам ЛТА и ПМ не отличались от контрольных значений. При контрольных осмотрах пациентов через 3–6–12 месяцев, гнойных осложнений не зарегистрировано. Во 2-й группе параметры ЛТА и ПМ в 1-е сутки после травмы, 2-е и 5-е сутки после оперативного вмешательства не отличались от таковых 1-й группы. На 10 день после операции показатель ЛТА и ПМ снижались в 2 раза как в сравнении с контролем, так и с группой неосложненного течения. При динамическом наблюдении за пациентами (через 3 месяца) регистрировались клинические и рентгенологические признаки хронического остеомиелита. Учитывая полученные результаты, нами предложен способ прогнозирования развития хронического остеомиелита, основанный на расчете относительных значений показателя ЛТА и ПМ и вычислении коэффициента (К) по формуле — $K = P_1 + P_2$. При $K < 1,0$, прогнозируют развитие хронического остеомиелита. Данный способ апробирован у 62 пациентов с переломами длинных костей конечностей. Установлено, что у 12 пациентов К регистрировался на цифрах $0,92 \pm 0,07$. В данной группе у 11 пациентов зафиксировано развитие остеомиелита, в одном случае отмечено благоприятное течение. У 50 больных К составил $1,87 \pm 0,09$. При контрольных осмотрах в 3, 6 и 12 месяцев, у 47 пациентов остеомиелита не отмечено, в 3-х эпизодах зарегистрировано развитие остеомиелита.

ВЫВОД

Исследование показателя лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии и микроциркуляции при переломах длинных костей конечностей с вычислением К по предлагаемой формуле позволяет прогнозировать вероятность развития хронического остеомиелита на стадии доклинических проявлений, что может позволить вносить необходимую коррекцию в лечение данной группы пациентов.

А.П. Михайлов ^{1, 3}, **Б.В. Сигуа** ^{1, 3}, **А.М. Данилов** ^{2, 3}, **В.П. Земляной** ¹

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

¹ Санкт-Петербургская медицинская академия постдипломного образования (Санкт-Петербург)

² Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

³ Елизаветинская больница (Санкт-Петербург)

По данным литературы повреждения органов панкреатодуоденальной зоны составляют от 1 до 20 % в структуре травм органов брюшной полости (Кулаженков С.А., Кузнецов Е.В., 1994; Asensio J.A. et al., 2002).

Целью исследования явилось снижение частоты осложнений и летальности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За последние 15 лет в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга находилось 200 пациентов с травмой поджелудочной железы и 65 — с повреждением двенадцатиперстной кишки. Закрытая травма живота наблюдалась у 190, а открытая — у 75 пострадавших. Сочетание повреждений двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы было выявлено у 19 пациентов. Показания к лапаротомии уточнялись с помощью эндоскопического исследования и диагностической лапароскопии, одномоментное использование которых позволяют в 100 % случаев выявить наличие забрюшинного разрыва двенадцатиперстной кишки. Показанием к ревизии двенадцатиперстной кишки являлась триада Winiwarter (1912) и Laffite (1934) — забрюшинная гематома, желто-зеленое окрашивание клетчатки, эмфизема.

При ранениях более 1/2 окружности двенадцатиперстной кишки, а так же при всех закрытых травмах первичный шов раны дополняли формированием холецистостомы и дренированием сальниковой сумки в связи с развитием посттравматического панкреатита (73,3 %), проявляющийся лишь в раннем послеоперационном периоде. Осуществлялись декомпрессия двенадцатиперстной кишки и проведение зонда для питания за связку Трейца. При повреждениях более 1/2 окружности двенадцатиперстной кишки первичный шов дополнялся дренирующей операцией (гастроэнтероанастомоз на длинной петле с Брауновским соустьем). При размождении стенки двенадцатиперстной кишки выполняли циркулярную резекцию поврежденного участка с формированием дуоденодуоденоанастомоза или дуоденоюноанастомоза на выключенной по Ру петле. Оперативное вмешательство завершалось дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства.

Сочетанная травма двенадцатиперстной кишки с поджелудочной железой (8) без разрыва капсулы или протоков и продолжающегося кровотечения не требовала хирургической обработки. При этом осуществляли дренирование сальниковой сумки и формирование холецистостомы. В 5 случаях наблюдался посттравматический панкреатит, который удалось купировать в послеоперационном периоде консервативными мероприятиями. При ранениях поджелудочной железы в 5 случаях удалось добиться гемостаза прошиванием кровоточащих сосудов. При пересеченной поджелудочной железе левее брыжеечных сосудов (1) была выполнена резекция хвоста поджелудочной железы со спленэктомией. Брюшная полость и забрюшинное пространство дренировались во всех случаях. В послеоперационном периоде проводилось комплексное лечение, направленное на подавление внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде у 10 больных развились осложнения, потребовавшие повторной операции. Несмотря на соблюдение всех принципов лечения, летальность при сочетанном повреждении поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки составила 52,6 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Диагностика сочетанных повреждений двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы должна носить комплексный характер. Хирургическая тактика должна носить индивидуализированный характер и включать: декомпрессию холецистостомы, операцию по «выключению» двенадцатиперстной кишки при травмах свыше 1/2 окружности. В послеоперационном периоде необходимо проводить антисекреторную терапию, направленную на подавление внешнесекреторной активности поджелудочной железы.

А.П. Михайлов ^{1, 3}, **А.М. Данилов** ^{2, 3}, **В.П. Земляной** ¹, **А.Н. Напалков** ², **Б.В. Сигуа** ^{1, 3}

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ «ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА»

¹ Санкт-Петербургская медицинская академия постдипломного образования (Санкт-Петербург)

² Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

³ Елизаветинская больница (Санкт-Петербург)

Лечение больных с болезнями «оперированного желудка» представляет собой сложнейший раздел абдоминальной хирургии и относится к реконструктивно-восстановительной хирургии органов пищеварения.

Наряду с очевидными успехами желудочной хирургии, обусловленных накопленным коллективным опытом, проблема болезней «оперированного желудка» остается актуальной. В первую очередь это постгастрорезекционные и постваготомические синдромы. Известно, что у 15–30 % больных, после оперативных вмешательств на желудке, развиваются патологические состояния, резко ухудшающих качество жизни, нередко приводящие к инвалидности. Этиология и патогенез основных синдромов болезней « оперированного желудка» в настоящее время достаточно хорошо изучены. В первую очередь они подразделяются на функциональные и органические. В зависимости от выраженности клинических проявлений различают три степени тяжести постгастрорезекционных и постваготомических синдромов. При легкой степени больные сохраняют трудоспособность, клинические проявления купируются диетой или консервативной терапией. Средняя степень сопровождается снижением трудоспособности, иногда существенным, периодически необходимо стационарное лечение. При тяжелой степени трудоспособность практически утрачивается, больные нуждаются в регулярном стационарном лечении. Клинический опыт свидетельствует, что болезни «оперированного желудка» легкой степени тяжести, как правило, носят функциональный, а средней