

ятиям относим (по порядку их значимости): обзорную рентгеноскопию брюшной полости с введением водорастворимого контраста, экстренную фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС), диагностическую лапароскопию (ДЛС), ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, лапароцентез, компьютерную томографию (КТ).

При интраоперационной диагностике повреждений ДПК считаем важным проведение следующих этапов: лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, выявление ран ДПК, гематом или участков пропитывания содержимым ДПК клетчатки забрюшинного пространства в проекции гепатодуоденальной зоны (с обязательной их ревизией), устранение повреждения в зависимости от его вида, степени тяжести и локализации.

В случае обнаружения изолированного ранения стенки ДПК без повреждения соседних органов (чаще при открытой травме ДПК), после мобилизации ДПК по Кожеру и печеночного изгиба ободочной кишки, производим ушивание ранения ДПК двухрядным швом атравматической иглой с нерассасывающейся нитью (пролен), с обязательной назогастральной интубацией желудка и ДПК.

При массивных разрывах стенки ДПК и сочетанных повреждениях с поджелудочной железой, печенью, почкой или ободочной кишкой — у 11 больных (50 %), наряду с ушиванием ран ДПК, наложением холецистостомы (нефростомы, илеостомы, марсуализации сальниковой сумки), производилось ее отключение по А.А. Шалимову с гас-

троэнтероанастомозом. При выполнении этого этапа оперативного пособия при повреждениях ДПК в большинстве случаев нами отмечен положительный результат лечения больных.

Послеоперационные осложнения отмечены у 14 больных (63,6 %). К ним относятся: дуоденальный свищ — 2 больных (14,3 %), послеоперационный перитонит — 3 (21,4 %), флегмона забрюшинного пространства — 2 (14,3 %), полиорганная недостаточность — 2 (14,3 %), нагноение раны — 2 (14,3 %), послеоперационный панкреатит — 1 (7,1 %), пневмония — 1 (7,1 %), ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость — 1 (7,1 %) больной.

Послеоперационная летальность у больных с повреждениями ДПК за последние 5 лет составила 18,2 % (умерло 4 больных).

### ВЫВОДЫ

1. Количество осложнений и послеоперационная летальность при повреждениях ДПК прямо пропорциональны характеру и степени тяжести повреждения ДПК, особенно при сочетанной травме.

2. Расширение диагностических возможностей в дооперационный период в условиях экстренной хирургии позволяет сократить сроки наблюдения за больными с закрытой травмой ДПК и отказать от выжидательной тактики.

3. Отключение ДПК по А.А. Шалимову и применение новых видов шовного материала позволяет сократить число больных с несостоятельностью швов и предотвратить такое осложнение, как дуоденальный свищ.

А.Г. Шерцингер, А.Э. Маркаров

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Всероссийский научный центр хирургии РАМН (Москва)  
Городская клиническая больница № 20 (Москва)*

В работе обобщен опыт лечения 70 пациентов с травмой двенадцатиперстной кишки (ТДПК), проходивших стационарное лечение в условиях городской клинической больницы № 20 г. Москвы за период с 1993 по 2000 гг. включительно. Средний возраст составил  $34,4 \pm 12,7$  года. Более 80 % пострадавших были мужчины. В 61,4 % наблюдалась открытая ТДПК. Изолированные повреждения наблюдались у 10 больных (14,3 %). В 42 % наблюдений ТДПК сочеталась с повреждением поджелудочной железы.

В зависимости от размеров дефекта по отношению к длине окружности выделено 4 группы. Более 70 % больных имели величину дефекта менее 50 % длины окружности.

Диагностика ТДПК включала рентгенологическое обследование брюшной полости, УЗИ, лапарос-

копию, ЭГДС. Рентгенологические признаки ТДПК позволили установить диагноз до операции 5 пациентам (7,1 %). При УЗИ органов брюшной полости и лапароцентезе специфических признаков ТДПК не выявлялось. Был выработан алгоритм диагностики ТДПК на дооперационном этапе. Он включает в себя основные методы исследования, которые позволяют заподозрить ТДПК, и определить дальнейшую диагностическую тактику в зависимости от степени тяжести состояния пациента для исключения этого вида травмы.

Объем оперативного вмешательства зависел от вида и степени повреждения ДПК, сроков, прошедших с момента травмы, состояния больного, характера травмы других органов. В зависимости от типа повреждения стенки ДПК выделяли:

гематому, надрыв и разрыв. Наиболее серьезной ТДПК являлись разрывы (55 пациентов). Более чем у 30 % больных размеры дефекта превышали 50 % длины окружности. Все разрывы стенки независимо от размеров ушивались двухрядным узловым не рассасывающимся швом. При наличии трофических изменений в области раны кишки производили освежение краев дефекта. При малейшем сомнении в надежности наложенных швов, при перитоните, трофических изменениях краев дефекта, при разрывах более 50 % длины окружности производилось временное или посто-

янное выключение ДПК из пассажа. Несостоятельность швов наблюдалась у 8 больных, и в 6 случаях справиться с этим осложнением удалось консервативно.

На основе анализа результатов лечения ТДПК был разработан алгоритм хирургической тактики, учитывающий вид повреждения и его степень, сроки травмы и характер местных патологических изменений.

Летальный исход наступил у 20 (28,6 %) пациентов. Из них 13 пациентов умерли в первые сутки от последствий большой кровопотери.

**Е.А. Чихачев, И.А. Рябков, П.Т. Жиго, А.В. Юрчук, П.В. Сарап**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЗАКРЫТОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ**

*Городская клиническая больница № 6 (Красноярск)*

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Анализ результатов и выделение основных организационных, диагностических и лечебных ошибок при лечении пострадавших с закрытой сочетанной травмой печени.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Проведен анализ хирургического лечения 145 больных: мужчин было 109 (75 %), женщин — 36 (25 %). Возраст больных колебался от 16 до 68 лет, причем у 65 % не превышал 40 лет. В наших наблюдениях обнаружены следующие сочетанные повреждения: печени и черепа (45,6 %), органов грудной клетки (18,6 %), таза (15,1 %), конечностей (26,2 %), печени в сочетании с травмой 2-х и более анатомических областей (38,6 %). Кроме того, у 76,5 % пострадавших повреждения печени сочетались с травмой других паренхиматозных и полых органов брюшной полости. В состоянии шока разной степени был доставлен 91 (62 %) пострадавших, в состоянии алкогольного опьянения — 86 (59,3 %).

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Из 145 пострадавших и оперированных по поводу закрытой сочетанной травмы печени умерло 72 (49,6 %) пациента. У 18 (12,4 %) из них смерть наступила во время операции в связи с развитием травматическо-геморрагического шока, ДВС-синдрома или в результате травмы, несовместимой с жизнью. Послеоперационные осложнения наблюдались у 38,3 % больных. Наиболее частыми среди осложнений были: шок с кровопотерей (37,3 %), пневмония и плеврит (23,4 %), нагноение послеоперационной раны (8,5 %), перитонит (4,8 %), подпеченочный и поддиафрагмальный абсцесс (4,1 %), желчные

свищи (3,7 %), печеночно-почечная недостаточность (3,3 %), эвентрация (2,4 %), посттравматический гепатит (2,2 %). Основными причинами гибели пострадавших в послеоперационном периоде были: шок и кровопотеря (66,8 %), пневмония (15,9 %), печеночно-почечная недостаточность (6,8 %), перитонит (3,5 %), сепсис (1,3 %).

Повторные оперативные вмешательства были выполнены у 19 больных: внутривенная гематома была у одного больного, эвентрация — у одного больного, внутрибрюшное кровотечение — у 2, острая ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 2, острая ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 2, желчный или гнойный перитонит — у 7, подпеченочный и поддиафрагмальный абсцесс — у 6 больных.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Анализ результатов лечения пострадавших с закрытой сочетанной травмой печени позволил систематизировать допускаемые ошибки.

#### **1. Организационные ошибки:**

1) хирургическое и реабилитационное лечение должно проводится в специализированных стационарах, обладающих современными диагностическими и лечебными возможностями, способных оказать лечебную помощь больным с политравмой;

2) предоперационную подготовку необходимо проводить в реанимационном отделении в сочетании с диагностическими мероприятиями, либо в операционной с введением в наркоз.

#### **2. Диагностические ошибки:**

1) несоблюдение диагностического алгоритма для оценки состояния пострадавших и выявления всех имеющихся повреждений;