

рых делают их более привлекательными по сравнению со стандартными трубками из ПВХ.

Техника операции ненамного отличается от ранее используемых методик. При этом дистальный конец эндопротеза после наложения гепатикоили холедохоеюноанастомоза погружается в отводящую кишку, проксимальный выводится под кожу. После достижения оптимального положения дренажа в билиарной системе по мере выздоровления больного проксимальный конец дренажа погружается под кожу передней боковой стенки, где он защищен от любых видов дислокации при помощи специального титанового винта. При необходимости его можно свободно выделить из подкожной клетчатки, провести холангиографию, санацию, переустановить по проводнику в условиях рентгенохирургической операционной. Время полной инкрустации дренажа превышает 1,5–2 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ

При классическом дренировании отмечены несостоятельность анастомозов (8 случаев), абс-

цесс брюшной полости (2 случая), холангит (3 случая), нагноение раны (3 случая), перитонит (2 случая), кишечные свищи (2 случая), пневмония (3 случая), ОКН (1 случай), холангиовенозная фистула (1 случай). Осложнения при эндобилиарном эндопротезировании: отторжение заглушки (2 случая), несостоятельность (купированная консервативно) (1 случай), холангит (2 случая).

ВЫВОДЫ

Первые результаты применения билиарного эндопротезирования с применением эндопротезов ООО «МИТ» обнадеживают. Высокое качество жизни пациентов, возможность возврата к активному труду, снижение риска серьезных осложнений по сравнению с ранее применяемыми операциями делают метод эндопротезирования операцией выбора у больных с повреждением ЖП и внушают значительный оптимизм при лечении данной, весьма сложной, категории пациентов. Необходимо накопление опыта и изучение полученных результатов.

А.М. Сухоруков, А.Е. Попов, С.В. Маслов, А.О. Суховерхов, И.А. Прусов

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)
ФПК и ППС, МУЗ ГКБ № 20 (Красноярск)*

Повреждение двенадцатиперстной кишки — относительно редкий вариант травмы органов брюшной полости, что обусловлено забрюшинным расположением органа, его «защищенностью» другими анатомическими образованиями (Молитословов А.Б. с соавт., 2004). В этой связи часто отмечается сочетанный характер повреждений, что, в свою очередь, усугубляет тяжесть состояния больных (Новиков А.С. с соавт., 1998; Соломонова Г.А. с соавт., 1998; Григорьев Е.Г. с соавт., 2003; Молитословов А.Б. с соавт., 2004; Fang J.F., 1999, Timaran C.H., 1999; Tyburski J.G., 2001). Повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) при травмах органов брюшной полости (БП), по различным данным, составляют от 0,5 до 5 % (Верушкин Ю.И. с соавт., 1997; Новиков А.С. с соавт., 1998; Alen G.S. et al., 1998; De Bree, 1998). Несмотря на небольшую частоту ПДПК по отношению к травме других органов брюшной полости, летальность при данной патологии колеблется от 7 до 70 % (Федоров Ю.Н. с соавт., 1994; Молитословов А.Б. с соавт., 2004; Velmahos G.C., 1999; Astracioglu H., 2001). По этой причине проблема диагностики и хирургического лечения больных с повреждением ДПК остается актуальной, особенно при сочетанной травме.

Основными вопросами остаются: ранняя диагностика повреждений ДПК и правильно выбранная хирургическая тактика. Степень тяжести повреждения ДПК многими оценивается по классификации G. Kline et al. (1994). Мы пользуемся классификацией повреждений ДПК, предложенной М.П. Постоловым (1983).

В клинике кафедры хирургических болезней ФПК и ППС КрасГМА, расположенной на базе МУЗ ГКБ № 20 г. Красноярск с 2000 по 2004 гг. на лечении по поводу повреждений ДПК находилось 22 больных. Открытая травма ДПК наблюдалась у 15 пострадавших (68,2 %), закрытая — у 7 (31,8 %) пациентов.

Изолированное повреждение ДПК имело место только у 4 больных (18,2 %). У 18 больных (81,8 %) повреждения ДПК сочетались с закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ), травмой грудной клетки, а также с повреждением других органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Диагностика повреждений ДПК до настоящего времени остается достаточно трудной, особенно закрытых. Для установки дооперационного диагноза закрытого повреждения ДПК большое значение уделяли клинко-анамнестическим данным. Кроме того, к важным диагностическим меропри-

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 Кохеру 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, марсупиализации 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 отказаться 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: