

Послеоперационные осложнения и летальность в клинических группах

Клинические группы	Послеоперационные осложнения	Послеоперационные кровотечения	Гнойные осложнения	Летальность
ОГ	50 % (7)	26,8 % (4)	21,4 % (3)	7,1 % (1)
ГКС	66,7 % (10)	46,7 % (7)	20 % (3)	26,7 % (4)
p^*	0,26	0,26	0,63	0,18

Примечание: p^* – значимость различий определена с использованием двустороннего метода Фишера.

Анализ результатов лечения ЭХК поврежденных печени и стандартного хирургического лечения представлен в таблице 5.

Сравнительный анализ послеоперационных осложнений в ОГ и ГКС существенных различий в снижении их частоты не выявил. Также не отмечена тенденция к различию в частотах рецидива кровотечения. При оценке параметров клинической эффективности этапной хирургической коррекции, согласно рекомендациям CONSORT, метод этапной коррекции поврежденных обеспечил снижение относительного риска смерти (COP) – 73,4 %, снижение абсолютного риска (CAP) – 19,6 %, а число больных, которых нужно лечить разработанным методом, чтобы

предотвратить один неблагоприятный исход (NNT⁶) – 5,1.

ВЫВОДЫ

Хирургическая тактика при сочетанных повреждениях печени в первую очередь должна дифференцироваться в зависимости от тяжести состояния пострадавшего, а в последующем – от тяжести повреждения самой печени, других органов и систем. Объем и вид оперативного вмешательства зависит от степени тяжести травмы печени. Использование этапной хирургической коррекции при тяжелых повреждениях печени III – V классов в условиях декомпенсированного шока позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных.

В.А. Омельченко, Д.А. Пикуль, Е.Ю. Брегадзе

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Амурская областная клиническая больница (Благовещенск)

Хирургическое лечение повреждений внепеченочных желчных протоков (ПЖП) – один из наиболее сложных разделов абдоминальной хирургии. Это связано со сложностью выбора хирургической тактики, множеством технических проблем, длительностью реабилитационного периода, значительным снижением качества жизни оперированных, и самое главное сомнительными отдаленными результатами.

Наиболее частой причиной повреждений является ятрогения: при холецистэктомии – 0,1 – 0,8 %, резекция желудка – 0,14 %. Количество повреждений внепеченочных желчных протоков в последние годы увеличилось практически вдвое, что, без сомнения, связано с внедрением и широким распространением лапароскопической холецистэктомии – до 3 %.

До недавнего времени наиболее распространенной стратегией хирургии при ПЖП являлось использование каркасных, съёмных, кольцевых транспеченочных протезов. Данная стратегия также использовалась нами до 2004 года. Использо-

вание данной методики имеет определенные недостатки: используемые дренажи инкрустируются солями желчных кислот и приходят в негодность, требуют регулярной замены, значительно снижают качество жизни и трудоспособность пациентов, несут угрозу развития дислокации дренажа, дренажного холангита – далеко неполный список отрицательных качеств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 10 лет в отделении абдоминальной хирургии АОКБ по поводу травмы внепеченочных желчных протоков оперировано 20 пациентов – большинство из них (17; 85 %) – ятрогенные повреждения, 3 (15 %) – проникающие ранения общих желчных протоков. 14 больным проводилась традиционная постановка съёмных транспеченочных дренажей.

С 2004 года нами применяется методика билиарного эндопротезирования. С этой целью мы используем предложенные ООО «МИТ» билиарные эндопротезы, ряд технологических качеств кото-

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), ОЖН (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-