

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 дуоденoduоденоанастомоза или дуоденоеюноанастомоза 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. Земляной¹, А.Н. Напалков², 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

и тяжелой степени — органический характер. Наиболее тяжелое клиническое течение наблюдается при сочетанном характере патологических синдромов.

Анализ клинических наблюдений свидетельствует, что преимущественно постгастрорезекционные и постваготомические синдромы обусловлены техническими особенностями выполненных оперативных вмешательств, нарушением основных технических правил. В ряде случаев болезни «оперированного желудка» развиваются независимо от ранее перенесенной операции или в связи с созданием предпосылок для их развития и прогрессирования. Это, прежде всего, такие заболевания как грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс-эзофагитом, хроническое нарушение дуоденальной проходимости, рефлюкс-гастрит, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит, дивертикулы двенадцатиперстной кишки и др. У пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести болезней «оперированного желудка» неизбежно возникает необходимость реконструктивной операции. Успех ее зависит от целенаправленного комплексного обследования больного с использованием современных диагностических возможностей для уточнения всех морфофункциональных нарушений. Повторные оперативные вмешательства сопряжены с техническими трудностями хирургического доступа и ориентации в брюшной полости из-за наличия спаечного процесса различной степени выраженности. Высок риск развития гнойно-септических осложнений, обусловленных наличием инфильтратов, «дремлющей» инфекции. Операции носят высшую степень сложности, травматичны. Наиболее часто выполняются реконструктивные резекции различными способами в зависимости от конкретной ситуации. При сочетанных патологических синдромах выполняются комбинированные, а в отдельных случаях симультанные оперативные вмешательства.

Изложенные основные принципы хирургического лечения больных с болезнями «оперированного желудка» базируются на опыте лечения 550 больных с постгастрорезекционными и 257 с постваготомическими синдромами. Изучение непосредственных и отдаленных результатов свидетельствует, что индивидуализированный выбор вариантов хирургического лечения, основанный на тщательном анализе клинических, диагностических и интраоперационных данных, позволяет в преобладающем большинстве случаев добиться полной социально-трудовой реабилитации больных с болезнями «оперированного желудка».

А.П. Михайлов, А.М. Данилов, Е.В. Рыбакова, А.Н. Напалков

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ РАНЕНИЙ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ

**Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет (Санкт-Петербург)
Елизаветинская больница (Санкт-Петербург)**

Вопросы хирургической тактики при сочетании ранений ягодичной области с ранениями других локализаций недостаточно освещены в отечественной и зарубежной литературе. При этом могут наблюдаться опасные для жизни повреждения внутренних органов брюшной полости и таза. Наибольшую сложность в этих случаях представляет уточнение показаний и выбор очередности выполнения оперативных вмешательств, их объем и характер.

Проанализированы результаты лечения 126 пациентов с ранениями ягодичной области, находившихся в хирургических отделениях Елизаветинской больницы с 1992 по 2005 гг. Возраст больных составил от 17 до 79 лет. Колото-резаные ранения отмечены у 97 (77,0 %); огнестрельные — у 11 (8,7 %), рвано-ушибленные — у 10 (7,9 %); резаные — у 7 (5,6 %), укушенные — у одного пациента (0,8 %). Сочетанная травма ягодичной области наблюдалась у 54 пациентов (42,9 %). При этом имелись проникающие ранения грудной и брюшной полостей, повреждения мягких тканей бедра, плеча, предплечья, брюшной и грудной стенок. В состоянии шока были доставлены 30 пострадавших (23,8 %), тяжесть шока зависела как от характера повреждений непосредственно ягодичной области, так и от наличия ранений других локализаций.

При анализе больные с сочетанными ранениями ягодичной области были разделены на 3 группы.

У больных первой группы 34 (62,9 %) из больных этой группы ранения мягких тканей ягодичной области сочетались с колото-резаными повреждениями мягких тканей других локализаций (48 ранений), также потребовавших первичной хирургической обработки раны соответствующей локализации.

Ко второй группе отнесены 10 больных (18,5 %) с множественными ранениями, включавшими ранения мягких тканей ягодичной области. В отличие от первой группы, тяжесть их состояния была обусловлена ранениями других локализаций. Проникающие ранения брюшной полости отмечены у 6 больных, торакоабдоминальные ранения наблюдались в 2 случаях, колото-резаное ранение бедра с повреждением поверхностной бедренной артерии — у 1 пациента, проникающее ранение шеи с повреждением глотки — у 1 больного. ПХО ран ягодичной области выполнялась после завершения полостной операции.

3-я группа представлена 10 больными (18,5 %) с ранениями ягодичной области, проникающими в брюшную полость или с массивным кровотечением из раны ягодичной области, потребовавшим перевязки