

А.А. Сысолятин, В.В. Гребенюк, В.Ф. Кулеша, И.В. Дудакова

**ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО УРОВНЯ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
И ДРУГИХ ОРГАНОВ****ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Благовещенск)**

В настоящем сообщении анализируются 50 наблюдений закрытых и открытых повреждений поджелудочной железы (ПЖ) на клиническом материале хирургических отделений городской больницы № 3 за период 1971 – 2000 гг. Закрытые повреждения ПЖ, по нашим данным, составили 56 % (26), открытые – в основном, проникающие ножевые ранения и 1 огнестрельное – 45 % (20) случаев, причем частота последних удвоилась за 10 лет. Сочетанные повреждения при закрытой травме ПЖ отмечены в 16,6 % наблюдений. Это были повреждения левой доли печени (2), разрыв двенадцатиперстной кишки (ДПК) (2). Ножевые ранения обычно сопровождаются травмированием органов по ходу раневого канала. Как правило, это печень, желудок, двенадцатиперстная кишка (ДПК), селезенка. Сочетанные повреждения при ножевых ранениях составили 84 % (16 больных), при этом повреждения печени, ПЖ, ДПК отмечены у 6 больных, печени и ПЖ – у 7, желудка и ПЖ – у 6 больных. В 60 % случаев открытые повреждения сопровождаются ранением крупных артериальных стволов с последующим профузным кровотечением. Так, геморрагический шок II – III степени имел место у 40 % больных из этой группы. В 1 случае при повреждении головки поджелудочной железы, забрюшинной части ДПК с ранением ветви верхнебрыжеечной артерии на фоне геморрагического шока во время операции наступила остановка сердечной деятельности и смерть.

Трудности возникают при диагностике закрытых повреждений ПЖ. До операции диагноз травмы ПЖ был заподозрен, по нашим данным, у 6 больных, что составляет 25 %. В 75 % наблюдений диагноз был уточнен во время операции. В группе из 24 больных с закрытой травмой живота 16 оперированы в экстренном порядке с явлениями геморрагического шока, перитонита. Остальные 8 больных оперированы в отсроченном порядке при появлении клиники сальникового бурсита. При этом следует отметить, что не всегда доступные диагностические методы (клинические данные, ультрасонография, биохимические показатели) способствуют точной диагностике закрытых повреждений поджелудочной железы. Так, например, в 1 случае верификация диагноза произошла только на 10-е сутки после поступления больного в стационар на фоне появления клиники разлитого перитонита. По нашему убеждению, в арсенале методов диагностики закрытых повреждений ПЖ необходимо использовать магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ). Ее преимущества: высокая информативность с определением полостных структур до 2 мм, неинвазивный характер исследования, отсутствие рентгеновской нагрузки, четкая визуализация Вирсунгова и желчевыводящих протоков. В 1 случае не исключалась закрытая травма ПЖ с развитием оментобурсита, метод МРХПГ позволил четко визуализировать кисту головки ПЖ и целостность Вирсунгова протока на всем протяжении. Данный метод обладает преимуществами перед традиционной канюляционной холангиопанкреатографией у больных с посттравматическим панкреатитом. В последние годы (в нашей клинике – с 1995 г.) широко используется метод диагностической лапароскопии с телевизионным мониторингом патологического процесса в ПЖ (геморрагический выпот в брюшной полости, бляшки стеаринового некроза, пролабирование брыжейки поперечной ободочной кишки прямо указывают на патологический процесс в сальниковой сумке). Кроме того, в некоторых случаях (у 3 больных) современная лапароскопия может быть использована как с диагностической, так и с лечебной целью (иногда как первый этап хирургического пособия у крайне тяжелых больных с панкреатогенным шоком), позволяя санировать и дренировать брюшную полость при посттравматическом геморрагическом панкреатите. В качестве традиционного операционного доступа мы использовали верхнесрединную лапаротомию. По характеру повреждений ПЖ мы выделили изолированные повреждения (23 случая) и сочетанные (27 случаев). Полный разрыв железы или отрыв части ее с повреждением Вирсунгова протока выявлен у 15 больных. Частичное повреждение железы с нарушением целостности капсулы было у 25 больных. Контузия железы без нарушения целостности ее капсулы с наличием кровоизлияний, гематом выявлена у 10 пациентов. Локализация повреждений в области головки наблюдалась у 9 больных, тела – 30, хвостовой части – 11. Вид операции определяется как характером повреждения органов брюшной полости, так и характером повреждения самой поджелудочной железы. Основными моментами при повреждении ПЖ является остановка кровотечения и дренирование. При значительном повреждении, а также при полном разрыве железы наиболее целесообразным видом хирургического вмешательства является дистальная резекция. Подведение новокаина, антибиотиков, ингибиторов к железе при этом считаем нецелесообразным, так как это способствует распространению ферментативного процесса с железы на окружающие ткани.

Отдельную и самую тяжелую группу составили больные с повреждениями ПЖ (различной локализации и тяжести) в сочетании с повреждениями других органов брюшной полости (с разрывом или ранением нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки – 2, с огнестрельным ранением почки, толстой кишки и двенадцатиперстной кишки – 1). У всех больных при поступлении диагностирован разлитой перитонит.

Оперированы в экстренном порядке. При этом у 2 больных имела место контузия ПЖ с множественными кровоизлияниями в паренхиму без явлений посттравматического панкреатита, у 1 больного (18 лет) имел место поперечный разрыв ПЖ на границе головки и тела с повреждением Вирсунгова протока и разрыв нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки ниже уровня большого дуоденального сосочка (данному больному произведена марсупиализация сальниковой сумки, санация, дренирование брюшной полости и ушивание двенадцатиперстной кишки на зонде, через 40 суток больной умер от геморрагического синдрома на фоне больших потерь кишечного содержимого через наружный дуоденальный свищ). У 1 больного ушивание раны двенадцатиперстной кишки сочетали с дистальной резекцией 1/3 желудка на длинной петле и соустьем по Брауну + дуоденопластикой серозно-мышечным лоскутом антрального отдела желудка в виде чулка на питающей ножке (т.к. при дистальной резекции были сохранены *a. gastrica dextra et a. gastroepiploica dextra*), у другого больного с огнестрельным ранением левой почки, двенадцатиперстной кишки, нисходящей ободочной кишки, контузией ПЖ выполнили нефрэктомии, операцию Гартмана с сигмостомой, и обходной гастроэнтероанастомоз с соустьем по Брауну. В течение 1 месяца у больного наблюдались значительные дуоденальные потери через наружный дуоденальный свищ.

Таким образом, диагностика закрытых повреждений ПЖ без явлений перитонита должна состоять из четко последовательных методов исследования: клинический осмотр, обзорная рентгенография органов брюшной полости, ультрасонография, МРХПГ, диагностическая лапароскопия с телевизионным мониторингом органов брюшной полости; у крайне тяжелых больных с клиническими проявлениями посттравматического панкреатогенного шока методом выбора является лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки (как первый этап хирургического пособия); при сочетании повреждений ПЖ и двенадцатиперстной кишки обязательным условием сочетанной операции является выключение двенадцатиперстной кишки из пассажа кишечного содержимого.

М.В. Тимербулатов, А.Е. Алехин, Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, П.Б. Павлов, А.А. Ибатуллин

ВОЗМОЖНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИАНАЛЬНОГО КОНДИЛОМАТОЗА ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЙОДАНТИПИРИН

**ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)
Городская клиническая больница №21 (г. Уфа)
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)**

Перианальный кондиломатоз является одним из распространенных вирусных заболеваний, передающихся половым путем (Тимербулатов В.М., 1993; Скрипкин Ю.К., 2001). Заболевания наиболее часто встречаются у молодых людей в возрасте от 18 — 35 лет, и причиняет больным страдания физического, психического и социального характера. В России в 2003 году было зарегистрировано 29,7 тысяч больных остроконечным кондиломатозом, что составило 20,1 случая на 100 тыс. населения (Кулаков В.И., 2003).

Необходимо учитывать, что полного излечения от ВПЧ-инфекции в настоящее время достичь невозможно, так как инфекция длительно персистирует и не проявляет себя как при клиническом, так и при лабораторном исследованиях. Учитывая имеющиеся данные, цель лечения заключается в удалении экзофитных кондилом, а не в элиминации возбудителя. Различные терапевтические методы в 50 — 94 % случаев эффективности в отношении наружных перианальных кондилом, уровень рецидивирования составляет 25 % в течение 3 месяцев после лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение методов комплексного лечения перианального кондиломатоза с применением йодантипирина.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основной группе было 25 (62,5 %) пациентов с остроконечными перианальными кондиломами и 15 (37,5 %) с папилломами перианальной кожи и промежности. В контрольной группе было 24 (66,7 %) пациента с остроконечными перианальными кондиломами и 12 (33,3%) с папилломами перианальной кожи и промежности. Группы были идентичны по полу и возрасту. Средний возраст больных составил $27,4 \pm 4,6$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лечение проводилось после полного клинического обследования пациентов, в том числе и на венерические болезни. Кондиломы удалялись хирургическим путем электрическим скальпелем «Сургитрон». При множественных кондиломах при иссечении кондилом оставались «кожные мостики» между ранами не менее 2,0 мм. В случае больших дефектов кожи после хирургического лечения проводи-