

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 постоянное

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: внутрипеченочная 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;

2) нарушение правил интраоперационной ревизии органов брюшной полости, в результате чего не диагностируются повреждения труднодоступных отделов печени.

3. Лечебные ошибки:

1) неправильно выбран объем операции, последний должен быть минимальным и направлен на спасение жизни больного. Резекция печени и гемигепатэктомия должны выполняться по строгим показаниям;

2) недостаточный гемо- и желчестаз, что приводит к внутрибрюшному кровотечению и желчному перитониту;

3) неадекватное дренирование области повреждения, брюшной полости и желчных путей, что является причиной формирования внутрибрюшных абсцессов (подпеченочных, поддиафрагмальных).

4) неполное восполнение кровопотери и коррекция нарушений, связанных с развитием шока.

Таким образом, пострадавшим с закрытой сочетанной травмой печени должна оказываться неотложная специализированная помощь, которая базируется на: легочной, сердечной и метаболической реанимации с приоритетом борьбы с шоком и гиповолемией; высокоинформативной быстрой диагностике всех имеющихся повреждений; операции на печени — минимальной по объему, но высоконадежной по остановке кровотечения; хирургической коррекции всех других повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства; стабилизация костных отломков конечностей, позвонков, ребер (по показаниям) как профилактике шока.

В.Л. Хальзов, К.В. Хальзов, С.Г. Штофин, А.В. Хальзов

СОЧЕТАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Новосибирская государственная медицинская академия (Новосибирск)
БСМП № 2 (Новосибирск)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения больных с панкреатодуоденальной травмой (ПДТ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 38 больных с ПДТ. У 22 (57,9 %) пострадавших повреждение было закрытое, у 13 (34,2 %) — открытое и у 3 больных — ятрогенное. Характер повреждения при сочетанной травме был различным: от ушиба или разрыва ДПК и ПЖ до полного поперечного разрыва ПЖ, отрыва головки ПЖ от ДПК, или отрыва желудка от ДПК.

Ведущими клиническим синдромами при ПДТ явились шок (68,7 %), внутрибрюшное кровотечение (50 %), перитонит (50 %). Источником кровотечения в брюшную полость были сосуды брыжейки тонкой или толстой кишки (10), разрыв селезенки (4), нижней полой вены (3), желудка (3), печени (2), одновременное повреждение воротной и верхней брыжеечной вены (1), связки Трейца (4). Кровотечение из самой раны ДПК и ПЖ было в большинстве своем незначительным.

Пострадавшие с закрытой ПДТ поступали в клинику спустя $11,6 \pm 0,5$ часа с момента травмы. С целью уточнения диагноза в 16 наблюдениях была произведена обзорная рентгенография брюшной полости и грудной клетки, у 14 пострадавших выполнен лапароскопический с исследованием амилазы в выпоте у 4 пациентов, в 9 наблюдениях — лапароскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ клинических данных позволил установить, что клинические проявления закрытой ПДТ не носят специфического характера, а больше зависят от объема поступления кишечного содержимого в свободную брюшную полость, объема гемоперитонеума, а также темпа и тяжести развития травматического панкреатита.

Больные с проникающей ПДТ поступали в стационар в сроки от 15 минут до 4 часов с момента травмы. При этом ранения носили характер множественных повреждений.

Все больные оперированы. Основная цель операции — установление целостности панкреатического протока, состояния «стыка» ДПК и ПЖ, организация надежного гемостаза и адекватного дренирования сумки малого сальника и области панкреатодуоденального комплекса. Характер операции: ревизия субсерозных гематом, иссечение краев ран ДПК и их ушивание, пломбировка протока ПЖ, дренирование протоков ПЖ. В 9 случаях в связи со значительным повреждением ДПК, последняя была отключена на уровне пилорического жома с наложением переднего гастроэнтероанастомоза.

В послеоперационном периоде умерло 7 (18,4 %) больных.

Таким образом, клинические проявления ПДТ, обусловленные шоком, кровотечением, перитонитом, ставят перед хирургом задачу выяв-