

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-

ления не симптомов травмы ПЖ, ДПК, а дестабилизирующих гемодинамику факторов и определения показаний к ранней операции. Тяжесть сочетанных повреждений, их многообразии пред-

полагают необходимость выполнения операции опытным хирургом и возможность лечения больных в раннем послеоперационном периоде в условиях ОРИТ.

А.А. Сысолятин, А.А. Назаров, В.Н. Торбик, И.В. Дудакова, Л.Б. Сысолятина

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СОЧЕТАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ДРУГИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

Травмы поджелудочной железы (ПЖ) относят к чрезвычайно тяжелым формам острой хирургической патологии живота. Частота травм ПЖ колеблется, по данным С.А. Афендулова (1982), В.В. Васюхина (1971), В.И. Пашкевич (1977), В.И. Филин с соавт. (1984, 1996) в широких пределах и составляет среди общего количества травм живота от 1 до 8,4 %. Особенностью данного вида травмы частая сочетанность повреждений, относительная недоступность при пальпации, ввиду особенностей анатомического расположения. Богатая вегетативная иннервация ПЖ, ее непосредственное соседство с солнечным сплетением обуславливает крайнюю тяжесть состояния больных и значительные трудности диагностического процесса. На сегодняшний день не решены полностью вопросы хирургической тактики, а также комплексного лечения больных с этой патологией.

В настоящем сообщении анализируются 43 наблюдения закрытых и открытых повреждений поджелудочной железы на клиническом материале хирургических отделений городской клинической больницы № 3 за период 1971 – 2000 гг.

Закрытые повреждения ПЖ, по нашим данным, составили 56 % (24 наблюдения), открытые (в основном, проникающие ножевые ранения и 1 огнестрельное) – 44 % (19 наблюдений), 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 (1). 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, и 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 % этой группы больных. 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. В последние годы широко используется метод диагностической лапароскопии. В качестве операционного доступа используется верхнесрединная лапаротомия. По характеру повреждений ПЖ мы выделили изолированные повреждения (19 больных) и сочетанные (24). Полный разрыв железы или отрыв части ее с повреждением Вирсунгова протока выявлен у 12 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 6 пациентов. Локализация повреждений в области головки наблюдалась у 6 больных, тела – у 26, хвостовой части – 7. 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.