

кемия 16,7 – 20,5 ммоль/л), тогда как средняя степень тяжести имела у 22 больных (гликемия 10,1 – 16,7 ммоль/л).

У 128 поступивших больных, при поступлении была выявлена следующая патология: абсцесс стопы – 23; флегмона стопы – 39; пандактилит – 42; гангрена стопы – 24. Все больные подвергались комплексному обследованию: углеводного обмена; биохимическим анализам крови; рентгенологическому исследованию стопы; цитограммам; посевам на микрофлору; реовазографии; доплерографии. Из выявленных микроорганизмов преобладал *St. Aureus* – 56 %. Среди форм синдрома диабетической стопы преобладала нейропатическая инфицированная – 79 %, в остальных случаях (21 %) была смешанная форма.

Лечение этой группы больных проводилось совместно с эндокринологом и носило комплексный характер:

- разгрузка;
- хирургическая обработка;
- местное лечение язв и послеоперационных ран;
- коррекция ишемии;
- антибактериальная терапия;
- сахароснижающая терапия;
- антикоагулянты, дезагреганты, антиоксиданты.

Хирургическое лечение заключалось в виде следующих оперативных мероприятий: вскрытие гнояников (30); некрэктомия (34); ампутация пальцев стопы (42); ампутация конечности (22). Средняя продолжительность лечения больных составила 30,5 койко-дней.

Проводимое лечение позволяет в первые сутки вывести больных из состояния декомпенсации и, в большинстве случаев, произвести органосохраняющие операции на стопе.

**В.И. Макаров, Б.А. Сотниченко, В.М. Шумейко, О.Н. Дмитриев, Е.А. Чаус**

### **СОЧЕТАННЫЕ ОТКРЫТЫЕ И ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава (г. Владивосток)**

Частота повреждений двенадцатиперстной кишки при открытой и закрытой травме живота по данным разных авторов колеблется в пределах 0,6 – 5 % среди всех повреждений органов брюшной полости. Летальность при сочетанных повреждениях достигает 80 %.

#### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

провести анализ опыта лечения пострадавших с открытой и закрытой травмой двенадцатиперстной кишки, накопленного в клинике факультетской хирургии с курсом эндоскопии ВГМУ.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

За период с 1990 по 2006 гг. на лечении находилось 42 пострадавших с повреждениями двенадцатиперстной кишки (мужчин – 28, женщин – 14) в возрасте от 17 до 70 лет. Закрытые травмы имели место у 24 пострадавших, колото-резанные раны – у 12, огнестрельные – 5, ятрогенная – у 1. Сочетанные повреждения отмечены у 30 больных, изолированные – у 12. Сроки поступления с момента травмы составили от 30 минут до 3,5 суток. Забрюшинные повреждения двенадцатиперстной кишки имели место в 25 случаях, внутрибрюшинные – в 15. У одного пациента обнаружено сквозное ранение, еще у одного – поперечный разрыв кишки.

Все пострадавшие оперированы в экстренном порядке. При внутрибрюшном повреждении обнаружение раны кишки не представляет особых затруднений. Диагностика травмы забрюшинной части органа во многих случаях трудна. Только в 10 случаях (из 25) выявлены патогномичные признаки разрыва ретроперитонеальной части кишки, к которым относятся: забрюшинная гематома, эмфизема, окрашивание забрюшинной клетчатки в желтовато-зеленый цвет. В 5 наблюдениях для верификации диагноза применили раздувание двенадцатиперстной кишки через зонд, еще в двух – введение раствора метиленовой сини.

У 23 пострадавших рану кишки ушили двухрядным швом. У 11 – наряду с ушиванием дефекта наложили гастроэнтероанастомоз с энтеро-энтероанастомозом по Брауну. В двух случаях ввиду наличия обширной раны выполнили резекцию верхней горизонтальной части органа и антрум-резекцию. В остальных наблюдениях выполнены различные по объему операции.

Осложнения имели место у 23 пациентов.

Умер 21 (50 %) пострадавший. Из них трое с тяжелой сочетанной травмой скончались на операционном столе от некупированных геморрагического и травматического шока.

Таким образом, открытые и закрытые повреждения двенадцатиперстной кишки относятся к наиболее тяжелым травмам и сопровождаются высокой летальностью. Диагностика разрывов органа при закрытых повреждениях трудна, требует тщательной оценки объективной симптоматики и данных дополнительных методов исследования. Летальность среди пострадавших, оперированных позже 6 часов с момента травмы, в 2 раза выше, чем среди оперированных в более поздние сроки.

**А.Б. Мальцев, Е.А. Чиждова, Е.Э. Тюрюмина, Р.Р. Гумеров**

### **ДЕСТРУКТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: ВЫБОР МЕТОДА ДЕКОМПРЕССИИ И СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)**

При остром холецистите у пациентов группы пожилого и старческого возраста послеоперационная летальность составляет до 6–15 %. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) относительно недавно стала «золотым стандартом» в лечении и острого холецистита. Однако конверсия ЛХЭ увеличивается с выраженностью внутрипузырной гипертензии (ВПП), перивезикальных осложнений и адгезивного процесса. Ультразвуковая визуализация (УСГ) оптимальна для декомпрессии желчного пузыря (ЖП) и устранения ВПП, как известно, степень которой отчетливо коррелирует с тяжестью холецистита.

С 1999 по 2006 гг. под нашим наблюдением находилось 130 пациентов с деструктивным холециститом (ДХ), которым под контролем УСГ (Aloka SSD 4000 (Япония), Logic 700 pro (GE, США)) были выполнены лечебные миниинвазивные процедуры. Средний возраст  $56 (56,9 \pm 6,0 \%)$  мужчин и  $74 (43,1 \pm 6,0 \%)$  женщин составил  $64,4 \pm 1,03$  лет. Возраст и сопутствующая патология обуславливали повышенный операционно-анестезиологический риск. Объем ЖП, который характеризует ВПП, составил в среднем  $129,9 \pm 6,4$  см<sup>3</sup>. Перивезикальные абсцессы при ДХ выявлены в 8 наблюдениях, эмпиема ЖП у 25 больных. Пункционное лечение осуществлено 96 больным, из них у 8 (8,5 %) пациентов понадобилась повторная пункция, которая окончательно и устранила ВПП. Микрохолецистостомия (дренажами типа «pig tail» (диаметр 2,2 мм) по методике «стиллет-катетер») наложена 34 пациентам, при этом у 11 из них после предварительной пункции при выраженных деструктивных изменениях (эмпиема ЖП, перивезикальный абсцесс). В 1 случае редренерование из-за дислокации дренажа. При микрохолецистостомии в среднем эвакуировано  $173,1 \pm 17,3$  мл (80–700 мл) гнойного содержимого, путем пункции  $112 \pm 4,5$  мл (5–250 мл). Декомпрессия признавалась адекватной, если надежно купировался болевой синдром и устранялась ВПП. Однократная пункция оказалась достаточной у 73,8 % наблюдений. Отмечено одно осложнение – подтекание желчи, потребовавшее проведение срочной операции (0,7%). Выбор открытой или ЛХЭ осуществлялся с учетом сроков сокращения ЖП и редукции перивезикальных осложнений. В течение недели, кому выполнена декомпрессия и санация ЖП, проведена ЛХЭ (37 пациентов – 28,5%). Из 20 больных (15,4%), оперированных лапароскопически в сроки позже 2 недель, 5 подверглись конверсии доступа вследствие интраоперационных технических сложностей. В 15 других случаях (11,5%) – более двух недель после декомпрессии, пациенты выписывались из стационара, и им предлагалась плановая операция в отдаленном «холодном» периоде. После купирования ДХ в сроки позже 2 месяцев достигается адекватная перивезикальная редукция воспалительного и адгезивного процесса – это позволяет успешно осуществить ЛХЭ (конверсии доступа в этой группе пациентов не было) и, что особенно важно, реализуется возможность проведения коррекции сопутствующей патологии. Безусловно, такая тактика лечения ДХ не распространяется на больных с клиникой перитонита, которые оперируются по экстренным показаниям (1 больной). Открытая холецистэктомия выполнена 51 пациенту (39,2%), большинство из этих наблюдений пришлось на начало разработки и освоения предлагаемой тактики. Оставшимся 7 больным (5,4%) декомпрессия и санация ЖП под УСГ контролем послужила окончательным способом лечения ДХ без оперативного удаления ЖП. Послеоперационной летальности при остром холецистите не было. Избранная тактика позволяет в абсолютном большинстве наблюдений избежать выполнения открытых экстренных операций, снизить частоту конверсий доступа при ЛХЭ, минимизировать вероятность неблагоприятных исходов и существенно улучшить результаты лечения ДХ.