

д. умер (1);

е. Тело поджелудочной железы + воротная вена (2), умер (1).

Летальность при указанных повреждениях в нашем отделении составила 8,6%. Подобный результат достигнут благодаря организации оказания помощи данной категории пострадавших, включающей в себя:

- адекватное по объему вмешательство в поджелудочную железу;
- адекватное дренирование сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки и билиарной системы;
- высокая квалификация операторов и реанимационно-анестезиологической службы.

Лечение больных с травмами двенадцатиперстной кишки в специализированном стационаре

Романюк Л.Л., Лебедев В.В., Демидов В.А.

По данным литературы, повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) составляют 0,6% – 1,6% от всех видов травм брюшной полости, по данным Мазуренко О.В., 1,5% – 10% в мирное время. По данным Лохвицкого С.В., летальность при травме ДПК составляет от 21% до 90%, при закрытой травме ДПК 17% – 50%. Мазуренко О.В. сообщает о 20% – 60% летальности при всех видах травм ДПК и 5% при раннем оперативном вмешательстве. В специализированном отделении торако-абдоминальной травмы ГКБ № 23 за период с 1995 по 1997 г. было прооперировано 29 человек с повреждением ДПК, что составляет 3,1% от всех травм брюшной полости.

По возрасту больные распределялись следующим образом: 21-30 лет – 13 человек (44,8%), 31-40 лет – 7 человек (24,1%), 41-50 лет – 5 человек (17,2%) и старше 50 лет – 4 больных (13,9%). Из всех больных мужчины составили 82,8% (24 чел.), женщины – 17,2% (5 чел.). Причинами повреждения ДПК являлись следующие факторы: проникающие ранения брюшной полости – 20 случаев (69%), в том числе 1 торако-абдоминальное (3,5%), 1 случай (3,5%) – огнестрельное ранение брюшной полости. Тупая травма живота наблюдалась в 7 случаях (24,1%), в том числе в 1 случае (3,5%) – падение с высоты.

Изолированные повреждения ДПК отмечались у 11 больных (37,9%), множественные повреждения органов брюшной полости были отмечены в 16 случаях (55,2%): с повреждением других полых органов – 3 случая (10,3%), с повреждением паренхиматозных органов и (или) сосудов брюшной полости – 7 (24,1%), полых и паренхиматозных органов и (или) сосудов – 6 случаев (20,7%). Сочетанные травмы с повреждением грудной клетки и легкого – 1 случай (3,5%) и у 1 пострадавшего на-

блодалось сочетание черепно-мозговой, скелетной, торакальной и абдоминальной травм (3,5%). Шесть пострадавших были доставлены в стационар в удовлетворительном состоянии (20,7%), в состоянии средней тяжести – 18 человек (62,1%). В этих случаях тяжесть состояния была обусловлена перитонитом у 8 пострадавших (27,6%), шоком 1 ст. – у 14 (48,3%), шоком 2 ст. – у 4 (13,8%). Тяжелое состояние отмечалось у 2 больных (6,9%) за счет шока 3 ст. и в 3 случаях (10,3%) пострадавшие были доставлены в терминальном состоянии.

В состоянии алкогольного опьянения поступили 16 человек (55,2%) и в 4 случаях (13,8%) установить факт алкогольного опьянения было невозможно в связи с тяжестью состояния больного.

В первый час с момента травмы в стационар были доставлены 6 пострадавших (20,7%), в течение первых 2-3 часов – 9 (31,0%), до суток – 4 пострадавших (13,8%), на вторые сутки – 1 (3,5%) и в 9 случаях (31,0%) давность полученной травмы осталась неизвестной в связи с выраженным алкогольным опьянением больного или терминальным состоянием.

Объем диагностических мероприятий при поступлении больного в стационар проводился в зависимости от общего состояния пострадавшего. При тупой травме живота выполнялся лапароцентез с шаровым катетером, в редких случаях – лапароскопия. При открытых повреждениях производилась первичная хирургическая обработка ран. При клинике разлитого перитонита, при поступлении больного в тяжелом состоянии выполнялся минимальный объем обследования. При позднем обращении пострадавших и клинике перитонита проводилась предоперационная подготовка. Всем больным была выполнена срединная лапаротомия в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом. В одном случае при торако-абдоминальном ранении перед операцией была дренирована плевральная полость по Бюлау и в одном случае при сочетании черепно-мозговой, скелетной и торакальной травм были выполнены трепанация черепа и торакотомия.

Из всех повреждений ДПК повреждения луковичи и верхней горизонтальной части встречались в 9 случаях (31,0%), нисходящей – в 5 (17,2%) и нижней горизонтальной в 15 случаях (51,8%).

При свежих ранах ДПК, неосложненных перитонитом, забрюшинной флегмоной, производилось только ушивание раны – 19 случаев (65,5%); из них только в 4 случаях (13,9%) дополнительно было дренировано забрюшинное пространство. Все ранения нисходящей части ДПК – 5 случаев (17,2%) даже у больных поступивших в ранние сроки были осложнены перитонитом, забрюшинной флегмоной. В этих случаях производилось дренирование брюшной полости, забрюшинной клетчат-

ки, установка микроирригатора в брюшную полость для введения антибиотиков, из них только в одном случае (3,5%) – ранение в области большого дуоденального соска – была произведена холецистостомия. В 3 случаях (10,3%) повреждений нижней горизонтальной части, осложненных перитонитом (больные были доставлены в стационар позднее 12 часов с момента травмы) также выполнялись дренирование брюшной полости, забрюшинного пространства, установка микроирригатора в брюшную полость. У одного больного при ранении верхней горизонтальной части размером более $\frac{1}{2}$ диаметра просвета кишки было произведено ушивание раны, дренирование холедоха, гастрозинтеростомия. И у одного больного при поперечном разрыве нижней горизонтальной части ДПК был выполнен дуодено-дуоденоанастомоз, гастро-еюноанастомоз с анастомозом по Брауну. У данного больного впоследствии, на 8 сутки развилась несостоятельность анастомоза ДПК. Он был дважды прооперирован и умер от полиорганной недостаточности на фоне разлитого перитонита. Позднее 2 больным (6,9%) на 9 и 37 сутки после лапаротомии было дренировано забрюшинное пространство в связи с развитием флегмоны. В 1 случае (3,5%) на 26 сутки после поступления был вскрыт поддиафрагмальный абсцесс и 1 больной (3,5%) прооперирован на 7 сутки в связи с развитием ранней спаечной кишечной непроходимости. По данным литературы, свежие раны (до 12 часов с момента травмы) и до $\frac{1}{2}$ диаметра просвета кишки ушивались двухрядными швами, и проводился назоинтестинальный зонд ниже места ранения для эвакуации дуоденального содержимого и снижения кишечного давления в просвете ДПК. При ранах более $\frac{1}{2}$ диаметра кишки, при полном пересечении кишки, ранах и разрывах ДПК с явлениями забрюшинной флегмоны и (или) разлитого перитонита производились следующие операции: экономное иссечение краев раны, ушивание раны или дуодено-дуоденоанастомоз. Но в этих случаях необходимо выключать ДПК из пассажа. Для профилактики несостоятельности швов ДПК рекомендуется полное разобщение желудка с ДПК по типу операции Бильрот 2 с межкишечным анастомозом по Брауну или гастро-еюноанастомоз по Ру. Особую опасность представляют повреждения нижней горизонтальной ветви ДПК. При повреждении этого отдела сохраняется вероятность несостоятельности швов, даже при операции в ранние сроки. В этих случаях также рекомендуется выключать ДПК из пассажа. Во всех случаях повреждений ДПК в области большого дуоденального соска или поврежденной головки поджелудочной железы накладывается шов.

Летальность при повреждениях ДПК в отделении торако-абдоминальной травмы составила 17,2% (5 чел.). Из них 3 пострадавших

умерли в первые трое суток. Один человек умер на 5 сутки от сопутствующей патологии и один на 20 сутки от полиорганной недостаточности на фоне несостоятельности анастомоза. 24 человека (82,8%) были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, преимущественно на 20-30 сутки после поступления.

Тактика лечения огнестрельных ранений в условиях многопрофильного стационара

Стельмах К.К., Лебедев В.В.

ГКБ № 23, УНИИТО, г. Екатеринбург.

Лечение огнестрельных ранений является одной из самых важных и актуальных проблем современной хирургии. Это обусловлено увеличением их числа, разнообразием локализаций и сочетанием поврежденных органов и систем организма, требующих особого подхода к выбору тактики и методов лечения, реанимационно-анестезиологического обеспечения, привлечения хирургов разных специальностей.

Локализация раневых отверстий часто дает возможность предвидеть повреждение того или иного органа при проникающем ранении. Объективное обследование должно начинаться с оценки общего состояния пострадавшего и определения местонахождения ран. Необходимо помнить, что при огнестрельных ранениях раны, расположенные в отдалении стенок брюшной полости, например, раны ягодичной области, бедер, поясничной области и грудной клетки, могут быть проникающими в брюшную полость.

С 1994 года по февраль 1997 года в многопрофильной больнице № 23 лечилось 130 пострадавших с огнестрельными ранениями, из них сочетанная черепно-мозговая травма отмечалась у 11%, груди – у 29%, живота – у 34%, торако-абдоминальные ранения – у 8%, ранения мягких тканей – у 9%, огнестрельные переломы костей и суставов – у 9%.

Анализ материала показал, что основная часть пострадавших была доставлена в течение первых двух часов после получения ранения. С места происшествия больные с тяжелой огнестрельной травмой, травмой черепа, груди, живота, таза, конечностей были доставлены специализированной реанимационной травматологической бригадой. Больным в состоянии шока II–III степени при транспортировке проводилась противошоковая терапия, включающая адекватное обезболивание, инфузионную терапию, введение гормонов, антигипоксантов, при необходимости – искусственная вентиляция легких.

Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях различных областей и сегментов определялась в зависимости от вида, характера