

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 16 пациентов с болезнью оперированного желудка (13 мужчин и 3 женщины). Средний возраст составил $56,1 \pm 4,6$ года. Из перенесенных ранее операций у 14 больных была выполнена дистальная резекция желудка по Billroth-II в модификации Hofmeister-Finsterer по поводу осложненных гастродуоденальных язв, у двух — гастрэктомия по принципу Billroth-II по поводу рака желудка. Сроки выполнения реконструктивных вмешательств относительно первичной операции составили $1,4 \pm 0,3$ года. Показаниями для проведения реконструкций явились пептические язвы гастроэнтероанастомоза, выраженный энтерогастроэзофагеальный рефлюкс, демпинг-синдромом, синдром приводящей петли, а также их сочетание.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основой для выбора способа реконструктивных операций явились работы профессора Г.К. Жерлова по формированию функционально активных соустьев. Больным с постгастрэктомиальными синдромами проводили резекцию культи желудка по Roux с коррекцией эзофагокардиального перехода и созданием сдерживающего механизма в отводящей петле тонкой кишки посредством формирования инвагинационного клапана. Больным, перенесшим гастрэктомию, резецировали приводящую петлю тонкой кишки от межкишечного до пищеводно-кишечного соустья, с последующим формированием антирефлюксного механизма эзофагоэюноанастомоза и инвагинационного клапана в отводящей петле тонкой кишки.

Летальных исходов и специфических осложнений отмечено не было, у одного больного (6,3 %) развился послеоперационный панкреатит, потребовавший консервативного лечения. Послеоперационный койко-день составил $11,7 \pm 2,12$. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что с помощью Roux-реконструкции удалось избавить подавляющее большинство больных от клинических проявлений постгастрорезекционных синдромов, добиться отсутствия выраженных регургитационных осложнений и, как следствие, значительно снизить процент воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода и культи желудка. Проявления демпинг-реакции легкой степени тяжести, отмеченные у пациентов после коррекции постгастрэктомиальных синдромов, по нашему мнению, не могут служить веской причиной для отказа от выполнения Roux-реконструкции у данной категории больных, т.к. предложенный вариант оперативного лечения надежно купирует выраженные регургитационные расстройства, снижает выраженность клинических проявлений демпинг-синдрома и обеспечивает достаточно хорошую компенсацию функции пищеварения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несложная в техническом отношении Roux-реконструкция, дополненная формированием функционально активных жомно-клапанных соустьев, может служить альтернативой вторичной эюногастропластике, особенно у больных со «сложной» культей двенадцатиперстной кишки. Использование методов функциональной хирургии при выполнении реконструктивных операций позволяет в большинстве случаев надежно купировать основные проявления болезни оперированного желудка и, в конечном итоге, улучшить качество жизни данной категории больных.

М.Ю. Гончаров, В.П. Сакович

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПИНАЛЬНЫХ ЭПИДУРИТОВ ЗАДНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Областная клиническая больница № 1 (Екатеринбург)

Частота встречаемости первичных изолированных спинальных эпидуритов составляет 1,2–2,8 на 10 тыс. населения в год. В настоящее время, в подходах к хирургическому лечению гнойных спинальных эпидуритов существует много проблем, которые остаются спорными и открытыми для обсуждения. Одна из таких проблем — выбор между изолированной декомпрессией позвоночного канала или декомпрессия с инструментальной фиксацией.

Целью работы было улучшение результатов хирургического лечения изолированных гнойных спинальных эпидуритов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2005 по 2010 гг. нами прооперировано 15 пациентов с изолированным гнойным спинальным эпидуритом. Наиболее часто эпидурит локализовался в грудном отделе позвоночника — 10 больных (66,7%), реже — в поясничном отделе — у 5 (33,3%).

Неврологический дефицит разной степени выраженности при поступлении имели все пациенты. Для нейровизуализации всем больным выполнили МРТ соответствующего отдела позвоночника. Для оценки синдрома системного воспалительного ответа оценивали количество лейкоцитов в ОАК, СОЭ, уровень С-реактивного протеина. Пациенты прооперированы с использованием общепринятых методик. Послеоперационные раны были активно дренированы от 3 до 5 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты хирургического лечения оценивали в зависимости от динамики неврологического дефицита, наличия послеоперационных осложнений, наличие ортопедических послеоперационных деформаций. Хорошие исходы наблюдали у 8 (53,33 %) пациентов из 15, удовлетворительные — у 3 (20 %), и неудовлетворительные — у 4 (26,67 %). Неблагоприятные исходы были связаны с поздним оказанием специализированной помощи, отсутствием динамики неврологических нарушений, появлением кифотической деформации оперированного отдела позвоночника ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, одним из вариантов улучшения исходов хирургического лечения гнойных спинальных эпидуритов задней локализации, является использование дополнительной инструментальной фиксации после стандартной задней декомпрессии или изменение стандартной декомпрессии в сторону более органосохраняющей операции.

В.Г. Горохов, А.И. Пехов, В.Л. Котик, В.А. Сахаров

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Брянская областная больница № 1 (Брянск)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

На симпозиуме ВОЗ «Сахарный диабет» (Женева, 1987) синдром диабетической стопы определяется как патологическое состояние стопы при сахарном диабете, возникшее на фоне патологии периферических нервов и сосудов, характеризующееся поражением кожи, мягких тканей, костей и суставов, проявляющееся в виде трофических язв, костно-суставных изменений и гнойно-некротических процессов. В настоящее время сахарным диабетом страдает не менее 4–5 % населения Земли. В 20–80 % наблюдений сахарный диабет приводит к развитию грозного осложнения — синдрому диабетической стопы, что в 50–75 % случаев приводит к различным уровням ампутаций на нижних конечностях.

Цель работы — изучить результаты и возможности хирургического лечения синдрома диабетической стопы, условий для заживления язв, ран и возможности сохранения нижней конечности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении в 2010 г. проведено лечение 73 больных с осложнениями сахарного диабета и синдромом диабетической стопы. У пролеченных больных был диагностирован сахарный диабет 2 типа — у 68 человек (93,15 %), нейроишемическая форма диабетической стопы у 70 пациентов (95,9 %). Четверо больных находились на лечении 4 раза, трое — 3 раза и два раза за год пролечено трое больных. У трех больных диагностирована стопа Шарко. Умерло двое больных от декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности.

Проведен ретроспективный анализ лечения 51 больного с синдромом диабетической стопы в травматолого-ортопедическом отделении № 2 ГБУЗ «Брянская областная больница № 1». Из них мужчин — 18 (35,3 %), женщин — 33 (64,7 %) в возрасте от 39 до 86 лет. Старше 60 лет — 31 больной (60,8 %). Всем поступившим проведена оценка жалоб, всех видов чувствительности, комплексное нейропатическое обследование, мультидисциплинарный осмотр специалистов, направленный на выявление основных звеньев патогенетического лечения. Крайне важно провести стандартные методы исследования согласно международной классификации диабетической стопы, язв (1996, 2000). Обследование включало: общеклинические методы (в том числе 4–5-кратное исследование уровня глюкозы), рентгенограммы, электронейромиографию, реовазографию сосудов нижней конечности, ультразвуковую доплерографию сосудов нижней конечности.

Операции, по нашему мнению, следует проводить под проводниковой или перидуральной анестезией с седативными препаратами. Вскрытие и дренирование гнойных процессов — при поступлении в отделение, некрэктомию и ампутации — при четких границах поражения сегментов конечности. Оперировались 19 (37,24 %) пациентов с гангреной пальцев, у 17 (33,3 %) произведено вскрытие флегмон