

ВЫВОДЫ

Успех лечения больных синдромом диабетической стопы зависит не только от комплексного подхода к данному заболеванию. Необходимо формирование групп и определение риска развития синдрома диабетической стопы на уровне первичного звена медицинской помощи — поликлиник. Уменьшить риск развития гангрены стопы, повторных госпитализаций в хирургические стационары позволяет организация специализированного кабинета диабетической стопы.

Д.Г. Болотова, С.Л. Лобанов, И.Н. Номоконова

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОНКОЛЕЙКИНА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)

В настоящее время доказано, что при синдроме диабетической стопы (СДС) отмечается снижение иммунорезистентности организма пропорционально степени тяжести и форме заболевания. Таким образом, выявляется необходимость иммуностимуляции при гнойно-некротических формах СДС, в частности при исходно сниженной иммунореактивности и при влиянии факторов, снижающих защитные силы организма. В иммуностимулирующей терапии нами использовался «Ронколейкин» (интерлейкин-2 человека рекомбиантный дрожжевой)

Интерлейкин-2 является эндогенным иммуномодулирующим препаратом, вызывает пролиферацию всех типов Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов и натуральных киллеров, стимулирует продукцию иммуноглобулинов В-лимфоцитами. Выступает в роли макрофага активизирующего фактора, способствует трансформации моноцитов периферической крови в лимфокинактивированные киллеры (ЛАК). Потенцирует продукцию ряда лимфокинов клетками мишенями для которых являются Т-лимфоциты, В-лимфоциты, натуральные киллеры и макрофаги. При этом происходит усиление иммунного ответа за счет функциональной активации указанных клеток. Действие ронколейкина дает плеiotропный эффект с участием нескольких субпопуляций клеточных элементов иммунной системы, что позволило нам использовать его в качестве иммуностимулятора при СДС.

Нами пролечено 24 пациента с гнойно-некротическими формами СДС. «Ронколейкин» вводили лимфотропно в 1 – 2 межпальцевые промежутки стоп подкожно, на задней поверхности голени после наложения манжеты. На момент введения препарата состояние всех больных расценивалось как тяжелое и средне тяжелое. Клинические наблюдения за этими больными показали, что у них через 4 – 6 дней температура начинает нормализоваться, лейкоцитоз постепенно уменьшается. Снижение отека и инфильтрации тканей на 10 – 14 сутки, уменьшение гнойного отделяемого на 14 – 16 сутки, уменьшение площади язв на 19 – 20-е сутки, в 4-х случаях достигнуто практически полное заживление язвенных дефектов. Сравнение этой группы больных с контрольной, где пациенты лечились традиционными способами (39 пациентов), показало, что при лимфотропной терапии гнойно-некротических форм СДС с использованием ронколейкина в 1,2 – 1,5 раза быстрее стихает воспалительный процесс и сокращаются сроки заживления язв.

Таким образом, регионарная лимфотропная терапия при лечении гнойно-некротических форм СДС доступна, технически проста, не требует микрохирургического инструментария, сопровождается положительной динамикой клинико-лабораторных данных.

В.А. Бомбизо, М.Л. Меланин, И.Г. Толстокоров, А.М. Яцын

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

МУЗ «Городская больница №1» (г. Барнаул)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить качество хирургического лечения больных с разрывами двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты лечения 26 пациентов с повреждением забрюшинной части двенадцатиперстной кишки.

Закрытые повреждения двенадцатиперстной кишки — тяжелая патология, из-за своей редкости представляющая, как правило, определенные трудности при диагностике. Среди наших пациентов с закрытой травмой живота повреждения брюшинной части двенадцатиперстной кишки наблюдались у 26 пострадавших. У 14 больных разрывы двенадцатиперстной кишки сочетались с повреждениями других органов и опорно-двигательного аппарата, а у 12 мы наблюдали изолированный разрыв двенадцатиперстной кишки. Возраст пациентов составлял от 20 до 65 лет, среди них было 24 мужчин и 2 женщины. Механизм травмы у наших больных был самым разнообразным: автодорожные травмы, удары в живот тупым предметом, падения с высоты.

Клиническая диагностика разрывов брюшинной части двенадцатиперстной кишки очень трудна, особенно при тяжелой сочетанной травме, когда пациенты находятся в критическом (шоковом) состоянии. В литературе встречаются единичные упоминания о случаях, когда до операции выставлен правильный диагноз. У 3 больных мы заподозрили разрыв двенадцатиперстной кишки, а у 9 был поставлен правильный диагноз. Заподозрить разрыв двенадцатиперстной кишки позволили наличие воздуха в брюшинном пространстве и укорочение перкуторного звука в данном месте. Используемый ранее лапароцентез давал информацию о характере выпота в животе, но сейчас он применяется реже в связи с развитием видеолапароскопической техники. Лапароскопия позволяет достоверней диагностировать повреждение ДПК. Лапароцентез проведен 17 больным (у 7 из них с положительным результатом), а лапароскопия — 9 больным.

Все наши пациенты оперированы в первые 12 часов после госпитализации (21 — в первые 6 часов, 5 — через 7–12 часов). Задержка с операцией объясняется отсутствием патогномичных симптомов, кроме того, 15 больных находилось в состоянии алкогольного опьянения, а трое имели тяжелую черепно-мозговую травму. Определенные трудности и ошибки бывают в диагностике данной патологии и при лапаротомии. Однако при тщательной ревизии и целенаправленном операционном обследовании диагностическая ошибка обычно исключается, как это имело место у всех наших больных. Мы отметили ряд признаков, позволяющих распознать брюшинные повреждения двенадцатиперстной кишки во время лапаротомии: характерный экссудат желтовато-зеленого цвета в брюшном пространстве, студенистый отек тканей в области двенадцатиперстной кишки и пропитывание их желто-зеленой жидкостью, брюшинная гематома. Если имеется хотя бы один из перечисленных признаков, необходимо обнажить двенадцатиперстную кишку (мобилизация по Кохеру). Во время операций у 12 больных в брюшинном пространстве обнаружено большое количество грязно-зеленой жидкости, а у 8 — скудный желтоватый выпот с пропитыванием брюшинной клетчатки. У 6 пациентов имело место гнойное расплавление брюшинной клетчатки (распространенная флегмона). Количество кишечного содержимого и массивность гнойного воспаления зависели от величины раны в кишке и времени, прошедшего с момента травмы. 24 больным проведено зашивание ран двенадцатиперстной кишки тремя рядами швов (предпочтительно использование атравматического шовного материала), а двум из них, с развившимся сужением просвета кишки, наложен передний гастроэнтероанастомоз на длинной петле. Двум больным с обширным продольным разрывом нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки дефект был закрыт тонкой кишкой на выключенной петле с анастомозированием тощей и двенадцатиперстной кишки в области разрыва последней. Все они выписаны с выздоровлением. Задний листок брюшины всегда восстанавливался, а брюшинное пространство дренировалось через поясничную область трубчатыми дренажами. В послеоперационном периоде у 7 пациентов наблюдались осложнения, связанные с несостоятельностью швов двенадцатиперстной кишки. Эти осложнения наблюдались у лиц с запущенным процессом при наличии брюшинной флегмоны и панкреатита или при тяжелой сочетанной травме.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе больных, анализируемой нами, летальность составила 26,9 % (умерли 7 из 26). Трое больных погибли в первые 2 часа после операции, а четверо других — через 19–30 дней от гнойно-септических осложнений.

ВЫВОДЫ

Таким образом, брюшинные разрывы двенадцатиперстной кишки относятся к тяжелым, трудно диагностируемым травмам, чреватые серьезными осложнениями в послеоперационном периоде. Особую трудность представляет диагностика разрывов при тяжелой сочетанной травме из-за крайне тяжелого состояния этой категории больных при поступлении в стационар. Тщательно собранный анамнез с учетом механизма травмы и использованием специальных диагностических методов (рентгенография, компьютерная томография, лапароскопия) позволяет до операции поставить правильный диагноз. Своевременно выполненная операция, адекватное ведение раннего послеоперационного периода предупреждают возможные осложнения.