

паротомии производились по 2 раза, а 4 больных повторно оперированы трижды. Все они были доставлены транспортом санитарной авиации из районных больниц в специализированный центр на базе Краевой клинической больницы.

Всем больным в экстренном порядке предпринята резекция кишечной петли с несостоятельным энтеро-энтероанастомозом или несостоятельностью швов дефектов тонкой кишки с формированием илеотрансверзоанастомоза (ИТА) или еюнотрансверзоанастомоза (ЕТА).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использованные операции оказывали влияние на время восстановления пассажа по кишечнику (по срокам появления стула) в раннем послеоперационном периоде. Восстановление естественного пассажа по кишечнику к 3 суткам послеоперационного периода отмечалось уже у 27 (79,4 %) больных, а на 5 сутки у 32 (95 %) больных. У 2 пациентов (1,2 %) пассаж по кишечнику зарегистрирован лишь на 8–10 сутки.

Поскольку при наложении ЕТА кишечный пассаж осуществлялся по сокращенному пути при выключении части тонкой кишки, изучение компенсаторных сдвигов со стороны моторики кишечника и всасывания представляется особенно важным. Этим пациентам в послеоперационном периоде выполнено рентгенологическое обследование. При проведении энтерографии установлено, что к моменту выписки при рентгенологическом обследовании отмечено достоверное увеличение времени прохождения контраста через еюнотрансверзоанастомоз до $4,8 \pm 0,61$ часов ($p < 0,01$), увеличение длительности нахождения его в отключенных правых отделах ободочной кишки до $15,7 \pm 1,67$ часов ($p < 0,05$), увеличение времени заполнения всей ободочной кишки до $8,9 \pm 1,28$ часов ($p < 0,05$). Компенсаторное расширение тонкой кишки увеличилось до $5,7 \pm 0,25$ см.

Применение энтеротрансверзоанастомоза у 34 больных, вследствие выключения значительной части тонкой кишки, не могло не отразиться на частоте и характере стула. На 3 сутки послеоперационного периода уже у 20 больных появляется частый жидкий стул, из них до 4 раз в сутки у 12 больных. На 5 сутки у 32 больных стул регистрируется до 4–6 раз в сутки. В целях улучшения пищеварения больным назначался лечебный комплекс, включающий: высококалорийную диету, ферментную терапию. По истечении 20 суток у половины больных стул становится более оформленным, с частотой до 2–3 раз в сутки. При выписке у большинства больных (88,9 %) стул кашицеобразный, частота его снизилась до 2 до 3 раз в сутки, однако у 11 % пациентов частота стула сохранялась до 5–6 раз в сутки.

Из 34 больных с несформированными тонкокишечными свищами на фоне распространенного перитонита, в лечении которых использовалась методика энтеротрансверзоанастомоза, летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ

1. Применение операций с использованием еюно- и илеотрансверзоанастомоза предотвращает фатальные исходы у тяжелых больных с несформированными тонкокишечными свищами на фоне послеоперационного распространенного перитонита.

2. Формирование компенсаторно-приспособительных механизмов моторики тонкой кишки, связанных с задержкой продвижения химуса в тонкой и правой половине ободочной кишки, способствует сохранению естественных процессов переваривания и снижению проявлений синдрома мальабсорбции.

Ю.И. Макаренко, А.П. Арапко, А.И. Фроюк, Я.О. Дубровская

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

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

В настоящее время наблюдается рост заболеваемости сахарным диабетом, в некоторых странах его удельный вес в структуре заболеваний достигает 6 %. Каждый второй больной сахарным диабетом подвергается хирургическому вмешательству, при этом каждый четвертый из них — по поводу гнойно-некротического осложнения.

Особенности течения и лечения гнойно-некротических процессов при синдроме диабетической стопы были положены в основу анализа 128 историй болезни больных с этой патологией. Среди этих больных — женщин было 92 (71,8 %), мужчин — 36 (28,9 %) в возрасте от 40 до 70 лет. Большинство больных было старше 60 лет (86 человек). У 102 больных была тяжелая форма течения (гли-

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 гнойников (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.