

(24,1 %), прошивание кровоточащего сосуда с перевязкой левой желудочной артерии у 2 (6,7 %), резекция желудка для исключения язвы по Финстереру у 4 (13,7 %) пациентов. В группе больных, оперированных по Бильрот-II — Бальфуру осложнений не отмечено.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Причиной смерти после резекции желудка были: инфаркт миокарда — 1 (0,9 %) случай, панкреонекроз — 2 (1,9 %), несостоятельность культи ДПК — 2 (1,9 %), разлитой гнойный перитонит — 1 (0,9 %). Общая послеоперационная летальность составила 2,9 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, клиническое течение низкорасположенных пилородуоденальных и дуоденальных язв отличается развитием тяжелых сочетанных осложнений, что создает определенные трудности в выборе хирургической тактики и адекватного объема операции. Операцией выбора считаем резекцию желудка по Бильрот-II — Бальфуру. Выполнение паллиативных хирургических вмешательств является вынужденной мерой, направленной на стабилизацию состояния больных в критической ситуации.

Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина, М.П. Рябов

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ СИНДРОМОВ

ГУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

После резекции желудка чаще всего (от 10 до 80 %) возникают функциональные нарушения. При неэффективности их коррекции может возникнуть другая, более тяжелая патология, требующая коррекции метаболических нарушений и реконструктивных операций.

Цель работы: провести анализ динамики показателей некоторых метаболических нарушений у больных с постгастрорезекционным синдромом (ПРС).

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

97 пациентов с ПРС, средний возраст $43,1 \pm 3,67$ года. Мужчин — 84, женщин — 13. Контрольная группа — 18 практически здоровых лиц, добровольцы.

МЕТОДЫ

В процессе исследования применялись: ФГДС, физикальный осмотр, липидный спектр (общий холестерин — ОХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, Апо-А1, Апо-В), интенсивность ПОЛ (МДА, ДК), АДС (СОД, каталаза), глюкоза и гликозилированный гемоглобин (Hb A1c) — в сыворотке крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После резекции в 35 % отмечены ДГР и ЭГР, тяжелые метаболические нарушения в организме: углеводного (глюкоза здорового и больного после операции — натощак $5,80 \pm 0,62$ и $7,62 \pm 1,89$, после нагрузки — $6,42 \pm 0,33$ и $8,88 \pm 2,03$ соответственно, Hb A1c — $5,22 \pm 0,90$ и $8,14 \pm 1,91$), липидного обмена (ОХС — $3,82 \pm 0,25$ и $6,90 \pm 1,60$; ЛПВП — $1,28 \pm 0,22$ и $1,14 \pm 0,36$; ЛПНП — $4,70 \pm 0,31$ и $4,48 \pm 0,10$; ТГ — $1,42 \pm 0,22$ и $3,60 \pm 1,22$; Апо-А1 — $1,52 \pm 0,19$ и $1,33 \pm 0,31$; Апо-В — $0,89 \pm 0,10$ и $1,29 \pm 0,49$ ммоль/л соответственно), интенсивность ПОЛ (МДА — $2,94 \pm 0,08$ и $4,41 \pm 0,15$ нмоль/л, ДК — $7,89 \pm 0,06$ и $12,23 \pm 9,41$), СОД ($3,02 \pm 0,08$ и $2,24 \pm 0,11$ усл. ед. соответственно), каталаза — $19,20 \pm 0,55$ и $13,60 \pm 0,42$. Зарегистрированы случаи повышения уровней трансаминаз, но их активность не превышала норму более чем в 3 раза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В послеоперационном периоде целесообразно применять профилактику постгастрорезекционных расстройств — своевременно переходить от медикаментозной терапии к хирургическому лечению до развития тяжелых осложнений.