

ПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА

Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)

Благодаря медикаментозным и техническим возможностям за последние три года в клинике расширили показания к резекции желудка в условиях перитонита. Так из 178 больных с перфоративной язвой желудка и ДПК, 30 произведена резекция желудка в поздние сроки от момента перфорации: от 3 до 6 часов — 12 больным, от 6 до 12 часов — 9, от 12 до 24 часов — 3 больным.

Перитониты классифицировались: диффузный серозный — в 12 случаях, диффузный серозно-фибринозный — в 9, разлитой серозно-фибринозный — в 6, разлитой фибринозно-гнойный — в 3 случаях.

Показанием к резекции желудка были гигантские каллезные язвы желудка и ДПК с большим диаметром перфоративного отверстия, невозможность ушивания перфоративного отверстия или тампонировать его сальником, длительный язвенный анамнез. Были произведены следующие операции: 18 больным — резекция желудка по Гофмейстеру — Финстереру, 12 — по Бальфуру. Метод оперативного вмешательства зависел от вида перитонита и технических трудностей. У больных, оперированных до 6 часов с момента перфорации, осложнений не наблюдалось. У одного пациента, оперированного в срок от 6 до 12 часов, была не-

состоятельность культи ДПК, у 2 больных, оперированных от 12 до 24 часов с момента перфорации, наблюдалась несостоятельность культи ДПК и у одного больного — несостоятельность культи желудка. От явлений продолжающегося перитонита, эндотоксикоза, полиорганной недостаточности умерло 5 (16,6 %) больных, двое из которых были оперированы до 24 часов от момента перфорации и трое — с явлениями разлитого фибринозного перитонита.

Одним из основных условий, позволяющих сделать резекцию желудка в условиях перитонита, должны быть: квалификация хирурга, позволяющая определить максимально правильную тактику в сложившейся ситуации, адекватная санация брюшной полости, что достигается при помощи аппарата «Гейзер», разгрузка культи желудка и кишечника путем интубации последней, наложение управляемой лапарастомы, интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения.

Таким образом, комплекс мероприятий, включающий эффективное оперативное вмешательство и интенсивное послеоперационное ведение больных, позволяет делать резекции желудка в условиях перитонита с удовлетворительным конечным результатом.

М.П. Рябов¹, С.Н. Очиров¹, Е.Н. Цыбиков³, А.Д. Быков¹, Е.В. Кривигина², В.П. Саганов², Г.Д. Гунзынов¹, Г.Ф. Жигаев²

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)²Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)³Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

Лечение больных сахарным диабетом с гнойными заболеваниями нижних конечностей остается одной из актуальных проблем хирургии. Развитие инфекционного процесса, гангрены стопы является основной причиной ампутации, частота которых колеблется от 18,6 до 52,3 % (Ефимов А.С., 1989; Покровский А.В. и соавт., 1996; Дедев И.И. и соавт., 1998; Дибиров М.Д. и соавт., 2001; Kinik A.J. et al., 1992).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты специализированного лечения гнойных заболеваний нижних конечностей у больных сахарным диабетом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Фундаментом исследования послужили результаты обследования и лечения 89 больных с диабетической ангиопатией IV степени ишемии стопы. Влажная гангрена пальцев отмечена у 28 больных, стопы — у 19, флегмона стопы — у 12, трофическая язва — у 30 больных; ишемия в результате окклюзии подвздошной артерии — у 28 (31,9 %), бедренных — у 32 (36 %), берцовых — у 29 (32,1 %). Состояние периферической гемодинамики и степень ишемии нижних конечностей оценивали на основании данных ультразвуковой доплерографии с определением лодыжечно-плечевого индекса, реовазографии, ангиографии. В