

РАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

И.А.ЛЫТХОВ, А.К.ЗЕНЬКОВ, Э.Н.ШЛЕДИН, К.С.ПОЖУН,
Е.В.АРЬЯСКИЗ

(Витебск)

В хирургическом отделении Витебской областной клинической больницы за 15 лет (1958-1972) произведено 60% резекции желудка по Бальрот II в различных модификациях. 103 больным произведены резекции по поводу рака желудка и 501 - по поводу язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. 373 больных оперировали по поводу хронического язвы, 77 - перфоративной, 21 - туберкулезного происхождения. Возраст больных - от 19 до 72 лет.

Из 60% больных у 67 (11,0%) наблюдались осложнения в раннем послеоперационном периоде: кровоточивая язва у 27 больных (4,47%), послеоперационный панкреатит у 15 (2,48%), несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки у II (1,62%), расхождение швов желудочно-кишечного анастомоза у 3 (0,47%), анастомозит у 3 (0,49%), перитонит послеоперационный перитонит ("серитонит при держании швах") у 2 (0,33%), заворот тонкого кишечника у I (0,16%), перфорация язвы двенадцатиперстной кишки (при резекции не исключение) у I (0,16%), инфицирование раны у 3 (0,49%). Из 15 больных с панкреатитом у 2 возник тромбоз мезентериальных сосудов с гангреной участка кишечника, у 2 тромбозомия дилатацией протерн.

Реканализация произведена 20 больным (3,31%): у II из них была несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки, у 3 - расхождение швов желудочно-кишечного анастомоза, у 2 - перитонит послеоперационный перитонит, у 2 - панкреонекроз и тромбозомия мезентериальных сосудов, у I - перфорация язвы двенадцатиперстной кишки и у I - заворот тонкого кишечника. Из II больных с несостоятельностью швов

нульти двенадцатиперстной кишки имели 5 больных, 3 из которых, кроме дренирования брюшной полости, были подвержены дуоденостоме. Больному с тромбоэмболией мезентерических сосудов и некрозом подвздошной кишки произведена резекция 160 см тонкой кишки с наложением илеотрансверзальной стомы. На почве панкреонекроза у него сформировался свищ поджелудочной железы, который в последующем закрылся без операции и больной выздоровел. Остальные больные после ревапаротомии умерли от перитонита.

При лечении пневмонии, в комплексе с обычной консервативной терапией, пользовались введением антибиотиков в трахею, активной аспирацией слизи из трахеи и бронхов. В последние годы применяли протеолитические ферменты (химопсин, трипсин).

С целью профилактики послеоперационного панкреатита старались по возможности избежать травмирования поджелудочной железы. Если все же она была, профилактически и с лечебной целью таким больным назначали ингибиторы трипсина (контрикал, трипсин), десенсибилизирующую терапию (димедрол, пипольфен), проводили с платифиллином, мочевыми с пивитоксином внутривенно.

Всего после резекции желудка умер 21 больной (3,47%). Причиной смерти у 14 больных был перитонит, у 2 - тромбоэмболия легочной артерии, у 3 - двухсторонняя пневмония, у 2 - острая сердечно-сосудистая недостаточность.