

Выводы. Объем оперативного вмешательства зависит от количества и локализации перфораций. При возникновении единичных перфораций операцией выбора является ушивание перфоративной язвы и имеющихся предперфораций. При множественных перфоративных язвах предпочтение следует отдавать резекции подвздошной кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войновский, Е.А. Хирургические осложнения брюшного тифа. / Е.А. Войновский, К.А.Ревской. – М.: Медицина, 1995. – 192с.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Колоцей В.Н., Страпко В.П., Еременко М.Ю., Колоцей Л.В.,
Дубовский Е.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Острая кишечная непроходимость является одним из наиболее сложных патологических состояний, относящихся к острой хирургической патологии. Результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью остаются неудовлетворительными. Послеоперационная летальность достигает 15%. Важной особенностью, отмеченной в последнее время, является перераспределение по частоте отдельных форм кишечной непроходимости. Реже стали встречаться такие формы, как узлообразование, инвагинации, завороты, однако увеличилось количество обтурационной непроходимости опухолевого генеза. Случаи кишечной непроходимости, вызванные редко встречающимися причинами, очень трудны в диагностическом плане.

Целью работы является изучение причин возникновения, особенностей диагностики и результатов лечения обтурационной кишечной непроходимости.

Материал и методы. Нами проведен анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2004 по 2013 годы по поводу острой механической кишечной непроходимости. Всего было 411 пациентов в возрасте от 16 до 95 лет. Из них мужчины составили 52,8%, женщины - 47,2%. Время от начала заболевания до поступления в стационар составляло от 2 часов до 2 недель. При поступлении проводилось клиническое, лабораторное, рентгенологическое и эндоскопическое обследование больных. В последние годы важное место в диагностике уделялось ультразвуковому и компьютерному исследованию брюшной полости. Больным проводилась инфузионная терапия, выполнялись мероприятия, направленные на консервативное разрешение непроходимости (аспирация желудочного содержимого, постановка клизм). В связи с неэффективностью консервативного лечения 331 (80,5%) больной был оперирован. Обтурационная кишечная непроходимость при операции выявлена в 161 (48,6%) случаях.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ случаев оперативного лечения позволил выявить следующие причины, вызвавшие

острую обтурационную кишечную непроходимость: злокачественные опухоли ободочной кишки - 113 (70,2%), злокачественные опухоли других органов (чаще всего матка и придатки) вследствие сдавления, прорастания или метастазирования - 27 (16,8%). У 21 (13,0%) оперированных больных острая обтурационная кишечная непроходимость была вызвана редко встречающимися причинами. Желчнокаменная непроходимость вследствие холецистодуоденального свища встречалась у 3 пациентов, непроходимость кишечника возникала на расстоянии 80-100 см от связки Трейтца, в одном случае с некрозом участка кишки. Объемные жидкостные образования брюшной полости и забрюшинного пространства стали причиной непроходимости у 2 пациентов. Так высокая кишечная непроходимость развилась у пациента 33 лет, поступившего с закрытой травмой живота, вследствие забрюшинной гематомы, вызвавшей компрессию тощей кишки. В одном случае у 66-летней пациентки тонкокишечную непроходимость вызвала гигантская мукоидная киста (мукоцеле) червеобразного отростка, которая до операции была расценена как новообразование брюшной полости. В 2 случаях непроходимость была вызвана карциноидной опухолью. Обтурационная кишечная непроходимость вследствие дивертикула Меккеля была обнаружена у пациента 34 лет. Причиной непроходимости стал рубцово-воспалительный процесс у основания дивертикула. В 2 случаях обтурационная толстокишечная непроходимость была вызвана болезнью Крона, что привело к рубцово-инфильтративным изменениям стенок толстой кишки, диагноз был подтвержден при гистологическом исследовании препарата. Обтурационная кишечная непроходимость вследствие калового завала оперирована в 2 случаях. У пациента 17 лет выявлена мегадолихосигма полностью заполненная каловыми камнями с нарушением трофики стенки кишки. У пациентки 90 лет во время операции обнаружена мегацекум, выполненная гигантским копролитом (16x9 см). Непроходимость кишечника по причине наличия инородных тел обнаружена у 5 пациентов. В 2 случаях это были марлевые салфетки. У 2 больных в области ректосигмоидного перехода были выявлены безоары, у больной 58 лет безоар состоял из мелких куриных косточек, а у 80-летней пациентки, направленной из психоневрологического стационара – из кусочков древесно-стружечной плиты. Еще в одном случае причиной непроходимости стала рыбья кость, травмировавшая подслизистый и мышечный слои стенки восходящего отдела толстой кишки с развитием продуктивного воспаления и формированием воспалительной опухоли. В 3 случаях причиной непроходимости стало туберкулезное поражение кишечника.

Диагностика в описанных нами клинических случаях была сложна. Синдромальный диагноз острой кишечной непроходимости на догоспитальном этапе был поставлен в 5 случаях, при поступлении – лишь в 12. Срок от поступления до оперативного вмешательства составлял от 6 часов до 5,5 суток. Во всех случаях причина кишечной непроходимости была установлена только во время операции либо после гистологического исследования операционного материала.

Выводы. Диагностика обтурационной кишечной непроходимости в большинстве случаев представляется трудной. Знание причин, ее вызывающих, может помочь в своевременной постановке диагноза и определить показания к операции, что положительным образом сказывается на результатах лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колоректальный рак / А.В. Воробей [и др.]; под ред. А.В. Воробья. – Минск: Зорны верасень, 2005. – 160 с.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В.С. Савельев [и др.]; под ред. В.С. Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004. – 640 с.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Колоцей В.Н., Страпко В.П., Еременко М.Ю., Кондак О.И.,
Колоцей Л.В., Дубовский Е.В.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка, является одной из наиболее актуальных проблем современной хирургии. Нет единого мнения о выборе вида оперативного пособия при необходимости выполнения внутреннего дренирования желчных протоков.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

Материал и методы. Нами был проведен анализ результатов лечения 394 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно, с 2009 по 2014 годы, которым наряду с холецистэктомией выполнялись вмешательства на внепеченочных желчных протоках. Это были пациенты в возрасте от 24 до 86 лет, мужчин было 148 (37,6%), женщин – 246 (62,4%). Механическая желтуха разной степени выраженности (от 26 до 360 мкмоль/л) была отмечена у 358 больных (90,1%).

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование. Конкременты в желчном пузыре были выявлены у 364 пациентов (92,4%). Расширение холедоха свыше 10 мм отмечено у 297 больных (75,4%), холедохолитиаз диагностирован у 248 пациентов (62,9%). У 68 пациентов (17,3%) диагностировано расширение внутрипеченочных желчных протоков. Значительную помощь в диагностике оказывало МРТ-исследование. Выполнение МРТ с контрастированием позволяло получить достоверную информацию о состоянии внепеченочных желчных протоков, наличии холедохолитиаза и стеноза БДС. Данное исследование выполнено 47 пациентам (11,9%). При фиброгастродуоденоскопии у 28 больных (7,1%) выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, у 6 (1,8%) – желудка. Признаки гастродуоденита диагностированы у 277 больных (70,3%). Наличие дуоденогастрального рефлюкса выявлено у 138 пациентов (35,0%). Исследование общего анализа крови выявило