

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ БРЮШНОТИФОЗНЫХ ЯЗВ

Колоцей В.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Наиболее часто встречающейся причиной развития перитонита в странах тропической Африки является брюшной тиф. Пролиферативно-воспалительная реакция в стенке кишки при вовремя и правильно проведенном лечении может закончиться выздоровлением. При отсутствии лечения возникает некроз стенки кишки с исходом в перфорацию и развитием перитонита.

Целью работы является улучшение результатов лечения брюшнотифозных перитонитов, а также определение показаний к тому или иному варианту хирургического пособия в зависимости от количества и локализации перфораций.

Материал и методы. В хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) в 2009-2012 годах были оперированы 147 больных. Это были пациенты в возрасте от 10 месяцев до 89 лет. Сроки поступления в хирургический стационар от момента перфорации язвы были различны, от 6 часов до 3 недель. Основная масса больных поступила после 3 суток от момента перфорации. Это связано с низкой культурой населения, склонностью вначале прибегать к традиционному лечению, удаленностью госпиталей и отсутствием инфраструктуры.

Результаты и обсуждение. Ушивание перфоративных язв выполнено у 81 больного (55,1%). Такие операции выполнялись у пациентов с перфорацией единичной язвы либо двух язв, удаленных друг от друга. Дефекты стенки кишки ушивали обычно двухрядными швами, а в случаях перфораций небольших язв – двумя кيسетными швами. Большие размеры язв не являлись препятствием для ушивания, все зависело от состояния стенки кишки. У 58 больных в подвздошной кишке дистальнее и проксимальнее мест прободения определялись множественные брюшнотифозные язвы без перфорации. Дно некоторых язв достигало серозной оболочки стенки кишки. Такие предперфорационные язвы погружались кисетными серозно-мышечными швами. Состояние пациентов, которым произвели ушивание язв, было более компенсированным, чем у больных, которым были выполнены другие виды оперативных вмешательств. Однако, тем не менее, летальность составила 22,2%. 5 больных умерли в первые сутки после операции. 13 больных умерли в различные сроки после операции от прогрессирования гнойной интоксикации на фоне сердечно-сосудистой и легочной недостаточности. В этой группе 8 больным (9,9%) понадобились повторные лапаротомии в связи с появлением новых перфораций. Повторные перфорации отмечены в тех случаях, когда при ушивании язв наблюдали прилегающие петли кишок с выраженными явлениями

воспаления и отека. Таким образом, при ушивании перфоративных брюшнотифозных язв вероятность возникновения повторных перфораций и развития прогрессирующего перитонита также весьма высока.

Резекция подвздошной кишки с наложением энтероэнтероанастомоза была проведена 26 больным, у которых имелся тяжелый разлитой фибринозный или гнойный перитонит. Оперативные вмешательства производились при наличии множественных перфоративных язв и выраженных изменений в стенке подвздошной кишки на ограниченном участке. Наложение анастомозов мы считали допустимым лишь тогда, когда длина терминального конца подвздошной кишки превышала 10 см. Однако вследствие наличия воспаления в терминальном отделе подвздошной кишки в 12 случаях (46,1%) пришлось прибегнуть к повторным лапаротомиям вследствие появления новых перфораций в терминальном отделе подвздошной кишки. Наложение анастомоза на пораженную подвздошную кишку при брюшном тифе является высокой степенью риска. В этой группе отмечается самая высокая летальность (73,1%), обусловленная многими причинами: тяжелое течение болезни и ее несвоевременное лечение, которые в свою очередь привели к тяжелому течению перитонита, развитию абдоминального сепсиса, что усугубляло состояние больного.

Резекция подвздошной кишки с формированием илеотрансверзоанастомоза выполнена в 22 случаях. Такие операции выполнялись при наличии множественных прободных язв терминального отдела подвздошной кишки. Производили резекцию не менее 100 см тонкой кишки, а дистальный конец заглушали максимально близко к баугиниевой заслонке для предупреждения появления новых перфораций. Все анастомозы накладывали способом бок в бок. Повторных перфораций отмечено не было. Летальность в данной группе составила 36,4%.

Таким образом, резекция пораженной брюшнотифозными язвами тонкой кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза явилась наиболее надежной среди оперативных вмешательств, выполненных с сохранением непрерывности кишечника. Хорошие исходы этой операции объясняются обширной резекцией пораженных участков подвздошной кишки и формированием анастомозов на здоровых стенках кишок.

Чрезвычайно сложные задачи возникают перед хирургами в случае обнаружения больших перфоративных язв, расположенных в илеоцекальном углу и на слепой кишке на фоне выраженного воспаления этих участков кишечника. Резекция подвздошной кишки и правой половины ободочной кишки с илеотрансверзоанастомозом - наиболее травматичная из всех операций с сохранением непрерывности кишечника у больных с брюшнотифозным перитонитом была произведена у 4 пациентов. Умерло 3 больных. Высокая летальность при резекции правой половины ободочной и слепой кишок связана с тем, что такие травматичные операции производились самым тяжелым больным, у которых компенсаторные возможности организма были на исходе.

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