

как «низкий». За время пребывания в клинике 101 пациента 1 из них оперирован в экстренном порядке по поводу рецидива язвенного кровотечения.

Выводы. Применение локального эндоскопического гемостаза при острых гастродуоденальных кровотечениях с помощью препарата Гемоблок является эффективным методом, значительно снижающим количество рецидивов.

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРЮШНОТИФОЗНОГО ПЕРИТОНИТА

Колоцей В. Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. 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.

Цель работы – улучшение результатов лечения брюшнотифозного перитонита, а также определение показаний к тому или иному варианту хирургического пособия.

Материал и методы. В хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) были оперированы 147 пациентов. Это были пациенты в возрасте от 10 месяцев до 89 лет. Сроки поступления в хирургический стационар от момента перфорации язвы были различными, от 6 часов до 3 недель. Основная масса пациентов поступили после 3 суток от момента перфорации. Это связано с низкой культурой населения, склонностью вначале прибегать к нетрадиционному лечению, удаленностью госпиталей и отсутствием инфраструктуры. В диагностике перфоративной брюшнотифозной язвы большое значение играли тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование, УЗИ, обзорная

рентгенография брюшной полости, лабораторная диагностика. Особенно хочется подчеркнуть такой факт, что в условиях Анголы часто встречаются микст-инфекции и брюшной тиф может протекать параллельно с малярией, туберкулезом, паразитарными и другими заболеваниями, нередко на фоне тяжелой алиментарной анемии и авитаминоза.

Результаты и обсуждение. Перфорация кишки – наиболее грозное специфическое осложнение брюшного тифа. В наших наблюдениях перфоративные и предперфоративные брюшнотифозные язвы располагались преимущественно в дистальном отделе подвздошной кишки (94,3%), в 8 случаях (5,7%) отмечена локализация язв как в дистальном отделе подвздошной кишки, так и в правой половине ободочной кишки.

Оперативному лечению были подвергнуты 147 человек. У 81 пациента с перфорацией единичной язвы либо двух язв, удаленных друг от друга, выполнили ушивание перфоративного отверстия двухрядным швом. Предперфорационные язвы погружались кисетными серозно-мышечными швами.

Пять пациентов умерли в первые сутки после операции. 13 чел. умерли в разные сроки после операции от прогрессирования гнойной интоксикации на фоне сердечно-сосудистой и легочной недостаточности. В этой группе 8 (9,9%) понадобились повторные лапаротомии в связи с появлением новых перфораций. В целом следует отметить, что относительно низкий процент летальности (22,2%) в этой группе обусловлен тем, что в этой группе были самые компенсированные пациенты, и степень выраженности перитонита была наименьшей по сравнению с другими группами.

26 пациентам в связи с множественными перфорациями (от 2 до 8) выполнена резекция кишки с наложением энтероэнтероанастомоза. 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 пациента. В 12 случаях (46,1%) пришлось прибегнуть к повторным лапаротомиям вследствие появления новых перфораций в терминальном отделе подвздошной кишки, при

этом несостоятельности анастомоза не отмечено.

Еще 22 пациентам при наличии множественных перфораций брюшнотифозных язв выполнили обширную резекцию подвздошной кишки вплоть до баугиниевой заслонки. Операцию завершали наложением илеотрансверзоанастомоза. В этой группе повторных перфорацией не отмечено, однако 8 человек были подвергнуты релапаротомии для санации брюшной полости в связи с продолжающимся перитонитом. Следует отметить радикальность и надежность данной операции, что обусловлено полным удалением терминального участка подвздошной кишки, возможностью наложить анастомоз в пределах неизмененных тканей. Летальность в данной группе составила 36,4%.

Резекция подвздошной кишки и правой половины ободочной кишки с илеотрансверзоанастомозом была произведена нами лишь по строгим показаниям у 4 пациентов. Показаниями к данной операции явились перфоративные язвы, расположенные в илеоцекальном углу, с распространением на слепую кишку при наличии ее флегмонозного воспаления. Такая операция особо травматичная, в условиях распространенного перитонита летальность достигает 75%.

Семи пациентам выполнена резекция кишки с наложением терминальной илеостомы. Операция Эшера была применена нами лишь в 3 случаях у крайне тяжелых пациентов с летальностью 42,9%. Следует отметить, что выведение кишечного свища, образовавшегося в результате перфорации брюшнотифозной язвы на резко воспаленной кишке, сопряжено с большим риском из-за возможности прорезывания швов.

В послеоперационном периоде назначали хлорамфеникол по 1,0 внутривенно 3 раза в день в сочетании с цефтриаксоном по 1,0 внутривенно 2 раза в день. Кроме того, проводили инфузионную терапию, назначали метронидазол по 100 мл внутривенно 3 раза в день, обезболивающие, стимуляторы перистальтики, витамины.

Выводы. 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.