

ца». 57 пациентам с постожоговым суб- и декомпенсированным стенозом выполнена резекция желудка (19), наложение ГЭА (34). Летальных исходов не было.

292 пациентам с постожоговой дисфагией I–II–III стадии и рентгеновской картиной кольцевидных стенозов в средней и нижней трети пищевода выполняли бужирование «вслепую», с помощью которого удалось разбужировать пищевод до 28–38 номера бужа. Перфорация пищевода была у 4 пациентов, на уровне грушевидного синуса (1), на уровне средней и нижней трети (3). Один пациент умер от гнойного медиастинита.

72 пациентам с высокими стриктурами и невозможностью бужирования «вслепую» выполняли бужирование «без конца» после наложения гастростомы. С помощью этого метода удалось разбужировать пищевод у 68 пациентов. 4 пациентам при тотальной рубцовой стриктуре пищевода произведена пластика пищевода, у 3 – тонкокишечная и у 1 – толстокишечная. Летальных исходов не было. Повторные бужирования проводились периодически у большинства пациентов на протяжении от 1 до 6 лет.

Таким образом, в профилактике и лечении постожоговых стриктур пищевода основным методом является бужирование. При своевременном, методически правильном и настойчивом бужировании у 98,5% пациентов удастся добиться положительных результатов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Попков О.В., Богдан В.Г., Попков С.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь

Введение. Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями ободочной кишки, осложненной дивертикулярной болезнью толстой кишки, и рост травматизма ведет к увеличению количества стомированных больных. На учете в стомийном кабинете Минского городского колопроктологического центра количество стомированных больных в 2005 г. – 1068, в 2009 г. – 1181, в 2012 г. – 1020. Из них лиц трудоспособного возраста в 2005 г. – 193 (18%), 2009 г. – 198 (16,7%), 2012 г. – 173 (17%). Все это ведет к увеличению потребности в хирургической реабилитации стомированных больных.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения

стомированных больных после резекции толстой кишки по Гартману.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 120 историй болезни пациентов, которым было произведено восстановление кишечной проходимости после операции Гартмана за период с 2008 по 2012 годы в учреждении здравоохранения «3-я городская клиническая больница имени Е.В. Клумова».

Возраст пациентов от 49 до 80 лет. Мужчин – 58, женщин – 62.

Результаты и обсуждение. Первичные операции по поводу рака ободочной и прямой кишок, осложненного кишечной непроходимостью, выполнены у 42 (35%) больных.

Операции по поводу травм и неопухолевых заболеваний ободочной и прямой кишок выполнены у 78 (65%) больных.

Восстановление непрерывности толстой кишки выполняли через 2–12 месяцев.

Сроки выполнения восстановительных операций определялись с учетом:

- характера основного заболевания;
- общего состояния больного;
- наличия параколомических и воспалительных процессов в брюшной полости;
- алгоритма возможности выполнения реконструктивно-восстановительной операции.

Способ формирования анастомоза определялся длиной культи прямой кишки и ее анатомическим положением. Короткая культя (до 10 см) была у 20 больных, культя средней длины (от 11 до 16 см) – у 74 больных, длинная культя (больше 16 см) – у 26 больных.

У половины больных культя располагалась забрюшинно.

При средней и длинной культе анастомоз располагался внутрибрюшинно, при короткой культе – внебрюшинно.

Внутрибрюшинные анастомозы при длинной культе формировались «конец в конец» ручным способом.

Анастомозы «конец в конец», «конец в бок» формировали с помощью циркулярных сшивающих аппаратов у 20 больных. Послеоперационные осложнения развились у 14 (12%) больных. Это были:

- микронесостоятельность анастомоза – 3;
- релапаротомия – 3;
- нагноение послеоперационных ран – 8.

Послеоперационная летальность составила 0%.

Выводы:

1) реконструктивно-восстановительные операции, относящиеся к наиболее сложным вмешательствам в колопроктологии, должны выполняться с учетом следующих факторов:

- основного заболевания;
- сопутствующей патологии;
- осложнений;
- должны выполняться в специализированных колопроктологических отделениях;

2) выбор метода закрытия стомы зависит от ее типа, локализации и характера заболевания;

3) реконструктивно-восстановительные операции являются важной составной частью в реабилитации стомированных больных.

Литература:

1. Воробей, А.В. Колоректальный рак / под ред. А.В. Воробья. – Мн.: Зорны верасень, 2005. – 159 с.
2. Кныш, В.И. Рак ободочной и прямой кишки / под ред. В.И. Кныша. – М.: Медицина, 1997. – 291–391 с.
3. Воробей, А.В. Энтеро-и колостомия / А.В. Воробей и др. – Мн.: Зорны верасень, 2005. – 79 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дундаров З.А., Майоров В.М., Адамович Д.М., Лин В.В., Батюк В.И.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Гомель, Беларусь

Одним из тяжелых осложнений хронического панкреатита (ХП) является подпеченочная портальная гипертензия (ППГ), обусловленная сдавлением или тромбозом вен воротной системы на сегменте, прилегающем к поджелудочной железе. Частота встречаемости ППГ у больных ХП, колеблется в пределах 18–56%. ППГ при ХП сопровождается расширением вен портальной системы, в том числе подслизистых вен пищевода и желудка, асцитом, спленомегалией, гиперспленизмом.

Цель. Изучить результаты лечения ППГ у больных ХП.

Материалы и методы. Пролечено 43 больных с признаками ППГ. Мужчин было 35 (81,4%), женщин 8 (18,6%). Диагностический алгоритм включал: клинические проявления, лабораторные исследования, УЗИ с цветовым дуплексным сканированием, ФГДС, КТ и MRT при необходимости. При УЗИ признаками ППГ являлось снижение линейной и объемной скорости кровотока, расширение вен бассейна воротной системы.

Результаты и обсуждение. Основное место в клинической картине