

наложить первичный анастомоз и, соответственно, снизить летальность.

Высокоэнергетическое лазерное излучение 1,064 МкМ обладает коагуляционной способностью при контактной и бесконтактной вапоризации тканевой опухоли.

Модель гранатового лазера (Nd:YAG) с выходной мощностью 25-30 Вт пригодна для проведения лазерной реканализации стенозирующих колоректальных опухолей.

УДК 616.34 – 007.272 -089

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Смотрин С.М., Кузнецов А.Г., Ославский А.И., Лушко А.В.

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

Введение. Острая кишечная непроходимость издавна считается одним из наиболее грозных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии. Справедливость такого суждения постоянно подтверждается клинической практикой, в которой кишечная непроходимость нередко создает чрезвычайно сложные в диагностическом и тактическом плане, а порою и драматические ситуации. Результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью до сих пор остаются неудовлетворительными. Послеоперационная летальность достигает 15% [1, 3]. Важной особенностью, отмеченной в последнее время, является перераспределение по частоте отдельных форм кишечной непроходимости. Значительно реже стали встречаться такие формы, как узлообразование, инвагинации, завороты, но возросла частота обтурационной непроходимости, обусловленной опухолью толстой кишки [1, 2].

Обтурационная форма непроходимости развивается в результате обтурации или наружного сдавления просвета кишечной трубки. Значительный практический интерес представляют собой случаи острой механической кишечной непроходимости, возникающие вследствие редких причин. Редкая встречаемость, трудность для диагностики, особенности клинического течения приводят к несвоевременной постановке диагноза и показаний к операции, что отрицательным образом сказывается на результатах лечения.

Целью данной работы стало изучение эпидемиологии, особенностей диагностики и результатов лечения обтурационной непроходимости кишечника, вызванной редкими причинами.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней №2 с курсом урологии за 10 лет 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 клинического проявления заболевания до поступления в стационар составляло от 2 часов до 2 недель. При поступлении проводилось клиническое, лабораторное, рентгенологическое и эндоскопическое обследование больных. Особое место отводило изучению пассажа бария по желудочно-кишечному тракту. В последние годы важное место в диагностике уделялось ультразвуковому и компьютерному исследованию брюшной полости. Большинству поступивших больных проводилась интенсивная инфузионная терапия под контролем ЦВД и клинико-лабораторных показателей. Параллельно 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 237 (71,6%) случаях.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ случаев оперативного лечения позволил выявить следующие основные

причины, вызвавшие острую обтурационную кишечную непроходимость: злокачественные опухоли ободочной кишки – 113 (47,7%), спаечная кишечная непроходимость (без странгуляции) – 74 (31,2%), злокачественные опухоли других органов (чаще всего матка и придатки) вследствие сдавления, прорастания или метастазирования – 27 (11,4%) оперированных больных. У 23 (9,7%) оперированных больных острая обтурационная кишечная непроходимость была вызвана редко встречающимися (менее 1%) причинами.

Случаи непроходимости кишечника вследствие инвагинации не редкость в практике детских хирургов. Среди наших больных лишь в 2-х случаях (мужчины 24-х и 37-ми лет) мы обнаружили инвагинацию тонкой кишки (в одном случае трехуровневую), обусловленную множественными полипами больших размеров (более 2 см в диаметре) на ножке.

Описанные в литературе случаи желчнокаменной непроходимости встречались дважды. В обоих случаях (женщины 57-ми и 72-х лет) имелся холецистодуоденальный свищ, а непроходимость возникла на уровне илеоцекального перехода. Также тонкокишечную непроходимость в 2-х случаях вызывала карциноидная опухоль (49-летняя женщина и 65-летний мужчина). Одной из казуистических причин, вызывавших частичную тонкокишечную непроходимость у 66-летней пациентки, явилась гигантская мукоидная киста (мукоцеле) червеобразного отростка, принимаемая в период дооперационного обследования за новообразование брюшной полости. Дивертикул Меккеля, как следствие обтурационной непроходимости кишечника, выявлен у одного пациента 34-х лет. Причиной нарушения проходимости был хронический рубцово-воспалительный процесс у основания дивертикула.

Редкой причиной обтурационной кишечной непроходимости являются объемные жидкостные образования брюшной полости и забрюшинного пространства. К этой группе причин мы отнесли

следующие наблюдения. Случай абсцесса полости малого таза (дугласова пространства), когда на 6-е сутки после операции по поводу перфоративного аппендицита у 23-летнего пациента развилась низкая кишечная непроходимость. Также низкая кишечная непроходимость возникла у 74-летнего пациента вследствие абсцесса сигмовидной кишки, возникшего из-за перфорации ложного дивертикула в области pars puda. Высокая непроходимость кишечника развилась у пациента 33-х лет спустя сутки после получения закрытой травмы живота. Во время операции выявлена забрюшинная гематома, вызывающая компрессию тощей кишки несколько дистальнее связки Трейтца.

У 3-х больных (все мужчины в возрасте 35–45 лет) обтурационная кишечная непроходимость развилась вследствие туберкулезного поражения кишечника. Причем, в 2-х случаях было выявлено поражение слепой кишки, протекавшее в виде опухолевого процесса, а в одном – рубцовостенозирующее поражение сигмовидной кишки. Развитие кишечной непроходимости вследствие специфического воспалительного поражения кишечника мы наблюдали также у больной 48-ми лет с актиномикозом ректосигмоидного перехода. Во всех случаях окончательный диагноз был выставлен только после гистологического исследования.

В 2-х случаях обтурационной толстокишечной непроходимости, вызванной рубцово-инфильтративными изменениями стенки восходящей и сигмовидной кишок, исследование операционного материала выявило гистологическую картину болезни Крона.

Обтурационная кишечная непроходимость в результате калового завала была оперирована дважды. В одном случае у пациента 17-ти лет выявлена мегадолихосигма, полностью (объем – около 5 литров) заполненная каловыми массами, вызвавшими нарушение кровоснабжения ее стенки. Во втором случае у 90-летней пациентки во время операции обнаружена мегацекум, которая бала выполнена гигантским копролитом (размеры – 16×9 см).

Непроходимость кишечника вследствие инородных тел мы

наблюдали в 5-ти случаях. В одном случае причиной непроходимости у 72-летней пациентки стала рыбная кость, травмировавшая слизисто-подслизистый и мышечный слои стенки восходящей ободочной кишки, что привело к развитию продуктивного воспалительного процесса с формированием воспалительной опухоли.

Примерами инородных тел, мигрировавших в просвет кишки через ее стенку, стали 2 наблюдения, когда причиной непроходимости была марлевая салфетка, извлеченная из просвета тонкой кишки. Оба пациента в недавнем прошлом (8 и 14 месяцев) были оперированы по поводу прободной язвы и травмы живота. Клинический интерес представляют 2 случая непроходимости кишечника, возникшие вследствие безоаров, обнаруженных во время операции в области ректосигмоидного перехода. В первом случае у асоциального пациента 58-ми лет безоар состоял из мелких куриных косточек, во втором – у 80-летней пациентки, доставленной из психоневрологического стационара – из фрагментов древесно-стружечной плиты.

Следует отметить, что 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. Кишечная непроходимость / В.П.Петров [и др.]; под ред. В.П.Петрова. — М.: Медицина, 1989. — 288 с.
2. Колоректальный рак / А.В.Воробей [и др.]; под ред. А.В.Воробья. - Минск: Зорны верасень, 2005. - 160 с.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004.-640 с.

УДК 616.348-006.6-007.44-089-039.74

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Смотрин С.М., Меламед В.Д., Кузнецов А.Г., Страпко В.П.,
Новицкая Н.С., Чугай А.А.**

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

Актуальность. В последние десятилетия отмечен рост числа больных раком толстой кишки [1]. Часто данные больные с наличием кишечной непроходимости госпитализируются в общехирургический стационар.

Цель работы: анализ результатов лечения больных с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза в условиях общехирургического стационара.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 150 больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно. Мужчин было 90 (60,0%), женщин – 60 (40,0%). В возрасте до 50 лет – 15 (10,0%) больных, от 51 до 60 лет – 40 (27,0%) больных, от 61 до 70 лет – 50 (33,0%) больных, старше 70 лет – 45 (30,0%) больных. Время от клинического проявления заболевания до