

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

поступления в стационар составляло от 3 часов до 2 недель. Причиной острой обтурационной кишечной непроходимости стал рак слепой кишки у 14 (9,0%) больных, рак восходящего отдела – у 17 (11,3%), рак поперечно-ободочной кишки – у 18 (12,0%), рак нисходящего отдела – у 13 (8,7%), рак сигмовидной кишки – у 61 (41,0%) и рак прямой кишки – у 27 (18,0%) пациентов.

При поступлении больных в стационар проводилось клиническое, лабораторное, рентгенологическое и эндоскопическое их обследование. Особое место отводилось изучению пассажа бария по желудочно-кишечному тракту. Ультразвуковое и компьютерное исследование производилось с целью выявления метастазов. У большинства больных имела место тяжелая сопутствующая патология. Поступившим больным проводилась интенсивная инфузионная терапия под контролем ЦВД и клинико-лабораторных показателей. Параллельно выполнялись мероприятия, направленные на консервативное разрешение непроходимости. У 48 (39,3%) больных раком толстой кишки в результате проведенного лечения удалось временно разрешить непроходимость, и в последующем они были направлены в онкодиспансер.

Результаты и обсуждение. По экстренным показаниям оперированы 102 (68%) больных. Радикальные операции выполнены 68 (67%) чел. Троим больным из этой группы выполнена атипичная резекция печени при наличии одиночного метастаза. Правосторонняя гемиколэктомия произведена 16 (23,5%) больным и завершилась наложением илеотрансверзоанастомоза. Левосторонняя гемиколэктомия произведена 10 (14,7%) больным. В двух случаях опухоль прорастала в селезенку и хвост поджелудочной железы. Этим больным одновременно произведена гемиколэктомия со спленэктомией и резекцией хвоста поджелудочной железы. Из них у 3 больных операцию завершили наложением первичного анастомоза. Резекция сигмы произведена 41 больному. В трех случаях операция завершилась наложением первичного анастомоза, а в остальных – колостомией. В группе

радикально оперированных умерли 4 (5,9%) больных. Ввиду распространенности опухолевого процесса 34 больным для разрешения непроходимости были выполнены: сигмостомия (14), илеостомия (4), илеотрансверзостомия (10), операция Гартмана – (6).

Выводы. При обтурационной непроходимости кишечника объем оперативного вмешательства должен определяется распространенностью опухолевого процесса, состоянием больного и уровнем подготовки хирурга.

Литература

1. Колоректальный рак / А.В.Воробей, П.В.Гарелик, В.Ф.Зайцев, С.А.Житков; под ред. А.В.Воробья. – Мн.: Зорны верасень, 2005.– 160 с.

УДК 616.341–007.272–007.274–002.1–072.1–089

ОТКРЫТЫЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС – ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Степанюк А.А.¹, Завада Н.В.², Гуревич А.Р.¹, Степанюк А.Ф.¹

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»,

г. Могилев, Республика Беларусь

УО «БелМАПО», кафедра неотложной хирургии,

г. Минск, Республика Беларусь

На протяжении многих лет лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) остается одной из сложных и трудноразрешимых проблем неотложной хирургии с высокой послеоперационной летальностью, количеством ближайших и отдаленных осложнений, вызванных спаечным процессом. Частота образования спаек варьирует от 60% до 90% после хирургических абдоминальных операций [4]. Рецидивы ОСТКН после открытых адгезиолизисов встречаются у 30–69% пациентов [2].