

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ

УО “ВИТЕБСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ”

БЕЛОРУССКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ХИРУРГОВ

БЕЛОРУССКОЕ
ОБЩЕСТВО
АНГИОЛОГОВ И
СОСУДИСТЫХ
ХИРУРГОВ

БЕЛОРУССКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
КАРДИТОРАКАЛЬНЫХ
ХИРУРГОВ



Витебск
11-12 ноября 2010 г.

XIV СЪЕЗД ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ**
(материалы съезда)



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ
БЕЛОРУССКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ
БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОТОРАКАЛЬНЫХ ХИРУРГОВ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь

ВИТЕБСК, 2010

УДК 617-089:061.3 "XIV" (476)

ББК 617.0 (063)

А 43

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук А.Н. Косинец,

Заместитель редактора: доцент, к.м.н. С.А. Сушков,

Редакционный совет:

В.И. Аверин, С.А. Алексеев, В.П. Булавкин, А.В. Воробей, П.В. Гарелик, Ю.М. Гайн, Ю.Е. Демидчик, З.А. Дундаров, К.Н. Жандаров, Н.В. Завада, Г.Г. Кондратенко, С.И. Леонович, А.Н. Лызиков, В.М. Лобанков, Ю.П. Островский, В.И. Петухов, И.И. Пикиреня, О.О. Руммо, Г.П. Рычагов, М.Г. Сачек, С.М. Смотрин, В.В. Становенко, С.И. Третьяк, А.В. Фомин, Л.А. Фролов, Н.Г. Харкевич, Н.Г. Шебушев, В.Н. Шиленок, А.П. Шмаков, С.Н. Шнитко, А.Т. Щастный, В.А. Янушко.

А 43 Актуальные вопросы хирургии: материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь / под ред. А.Н. Косинца. - Витебск: ВГМУ, 2010 - 499 с.

ISBN 978-985-466-456-9

В сборнике представлены актуальные фундаментальные, клинические и прикладные работы как белорусских, так и ученых России, Украины, Молдовы, Турции, Германии, Польши, Литвы. Включены статьи ведущих специалистов и молодых ученых, посвященные теоретическим и экспериментальным исследованиям, что расширяет представления о возможностях хирургии, как междисциплинарной отрасли, использующей самые последние достижения медицины.

УДК 617-089:061.3 "XIV" (476)

ББК 617.0 (063)

©УО "Витебский государственный
медицинский университет", 2010

ISBN 978-985-466-456-9

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

Батвинков Н.И., Божко Г.Г.

УО "Гродненский государственный медицинский

университет",

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Вопросы хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости многие десятилетия служат предметом острых дискуссий, что обусловлено разнообразием причин возникновения и развития заболевания, которое может иметь характер как самостоятельного страдания, так и сочетаться с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим панкреатитом, патологией желчевыводящих путей [1, 2]. До сих пор существует много спорного в определении показаний к оперативному вмешательству и выбору способа операций.

Цель. Совершенствование лечения больных хронической дуоденальной непроходимостью на основе ретроспективной оценки результатов хирургических вмешательств.

Материал и методы. Хирургическому вмешательству по поводу хронического нарушения дуоденальной проходимости подвергнуто 29 больных, среди которых мужчин было 11, женщин - 18. Возраст пациентов колебался от 15 лет до 61 года, при этом независимо от пола у большинства (18) из них он не превышал 36 лет. Таким образом, указанное заболевание наблюдалось преимущественно у лиц молодого возраста. У 15 больных хроническая дуоденальная непроходимость сочеталась с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, при этом 11 из них ранее подвергнуты резекции желудка или ваготомии с дренирующей операцией. Заболевания желчевыводящих путей имело место у 3 больных, которые в прошлом перенесли холицистэктомию. Выраженный дуоденостаз с болевым синдромом наблюдался у пациентов (4) с хроническим панкреатитом. Другими причинами нарушения дуоденальной проходимости были лейомиома двенадцатиперстной кишки, ангиолейома дуодено-яичного угла, коллезная язва начального отдела тощей кишки, лимфогрануломатоз с поражением последней, кольцевидная поджелудочная железа, анатомические особенности двенадцатиперстной кишки. В одном случае у пациента 15 лет установить причину дуоденостаза не удалось, при этом по утрам у него отсасывали из желудка до 10 литров содержимого. Все больные до операции проходили тщательное обследование и предоперационную подготовку.

Результаты и обсуждение. Первичные или повторные (реконструктивные) резекции желудка по Ру произведены у 20 больных. Гастроэнтероанастомоз формировался конец в конец или конец в бок, чаще однорядным узловым швом. У больной синдромом Золлингера-Эллисона после операций резекции желудка (1984 г.),

стволовой ваготомии с гастроэнтероанастомозом (1988 г.), которые производились в других учреждениях, продолжал прогрессировать дуоденостаз (мегадуоденум) с резким болевым синдромом, поэтому была выполнена повторная резекция желудка с двойным выключением двенадцатиперстной кишки и наложением дуодено-яичного анастомоза. Через полгода образовалась пептическая язва отводящей петли, по поводу которой выполнена наддиафрагмальная стволовая ваготомия с хорошим отдаленным результатом. Особый интерес представляет редкий вариант высокого расположения дуодено-яичного угла врожденного характера, приведшего к декомпенсированному дуоденостазу, при этом больной в клиниках Минска и Вильнюса было отказано в операции. Произведенная нами резекция желудка по Ру привела к полному излечению. Аналогичный результат после указанной операции получен у больной 15 лет. Три года назад в детской клинике ей был выполнен висцерализ по поводу гастростаза, однако в последующем дуоденостаз прогрессировал, из желудка аспирировали до 8-10 литров жидкости, что потребовало повторной операции. В одном случае восстановлена проходимость двенадцатиперстной кишки после ее резекции по поводу лейомиомы. При патологических процессах в начальном отделе тощей кишки у 4 пациентов произведена резекция дуодено-яичного угла с формированием дуодено-яичного анастомоза конец в конец. После указанных оперативных вмешательств у всех больных получен положительный эффект, отсутствуют клинические проявления нарушения дуоденальной проходимости.

Выводы. Методика операции при механической форме хронической дуоденальной непроходимости зависит от причины заболевания. При планировании операции следует исходить из принципа строго индивидуального выбора способа оперативного вмешательства, среди которых чаще применяется резекция желудка по Ру и реже операции, направленные на сохранение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке.

Литература:

1. Гарелик, П. В. Хроническая дуоденальная непроходимость в сочетании с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / П. В. Гарелик, К. Н. Жандаров. - Гродно, 2001. - 194 с.

2. Нестеренко, Ю. А. Хроническая дуоденальная непроходимость / Ю. А. Нестеренко, В. А. Ступин, А. В. Федоров. - М., 1990. - 238 с.