

ЛИТЕРАТУРА

1. Озерцовская, Н.Н. Клиника и лечение гельминтозов / Н.Н. Озерцовская, Н.С. Зальнова, Н.И. Тумольская // М.: Медицина, 1985. – 183 с.
2. Ерюхин, И.А. Кишечная непроходимость: руководство для врачей / И.А. Ерюхин, В.П. Петров, М.Д. Ханевич // 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 1999. – 448 с.
3. Юлиш, Е.И. Клиника, диагностика, лечение и профилактика гельминтозов у детей / Е.И. Юлиш // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 11-12 (371-372). – Mode of access: <http://www.mif-ua.com/archive/article/17920>. – Date of access: 10.11.2016.
4. Ochoa, B. Surgical complications of ascariasis / B. Ochoa // *World J. Surg.* – 1991. – V.15. – P.222-227.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ВЗРОСЛЫХ

*Колоцей В.Н.¹, Смотрич С.М.¹, Страпко В.П.², Варсевич И.Г.²,
Якимович Д.Ф.²*

¹*Гродненский государственный медицинский университет?*

²*Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно*

Актуальность. Инвагинация является одним из видов кишечной непроходимости, при которой один участок кишки внедряется в просвет ниже или выше расположенного отдела кишечника, вызывающего обтурацию. По данным различных авторов, инвагинация составляет от 4,9 до 13,4% различных видов кишечной непроходимости. Особенно часто (до 80%) она является причиной острой кишечной непроходимости у детей 1-го года жизни. Трудности в диагностике инвагинации у взрослых обусловлены, прежде всего, тем, что большинство хирургов убеждены в том, что инвагинация – это «детская болезнь». Кроме того, у взрослых она часто лишена тех классических черт, которые присущи детям. В силу указанных причин 1/3 больных с инвагинацией поступает в хирургические отделения поздно, и оперативное вмешательство выполняется у них несвоевременно. Чаще всего причинами инвагинации кишечника у взрослых являются органические причины, к которым относятся новообразования, полипы на ножке, культя червеобразного отростка. Любое фиксированное механическое препятствие или локальные морфологические изменения стенки кишки могут втягиваться в просвет кишки, затем продвигаться по кишечнику перистальтической

волной. Другой группой причин могут быть инфекционные заболевания, при которых в кишечнике образуются язвы или воспалительные инфильтраты.

Целью исследования является анализ особенностей диагностики и результатов лечения пациентов с инвагинацией.

Материалы и методы. Мы провели анализ диагностики и лечения пациентов с инвагинацией. Начиная с 2000 года, нами были оперированы 11 пациентов с различными формами инвагинации. Это были пациенты в возрасте от 1 до 46 лет, из них детей – 4, женщин – 3, мужчин – 4. Оперативные вмешательства выполнялись на базах кафедры – в хирургических отделениях узловой клинической больницы на станции Гродно и УЗ «ГКБ СМП г. Гродно», а также в госпиталях Республики Ангола в период нашей работы в этой стране. Клиника заболевания определялась возрастом больного, быстротой внедрения кишки, видом инвагинации, длиной инвагината, характером кишечного содержимого, находящегося в момент внедрения, изменениями в инвагинированной кишке. Диагностика основывалась на классических симптомах инвагинации, применяли также УЗИ и рентгенографию органов брюшной полости, в ряде случаев – КТ органов брюшной полости для более детальной оценки кишечника и возможного его повреждения или кишечной непроходимости.

Результаты и обсуждение. 3 пациентов были оперированы в хирургическом отделении узловой клинической больницы на станции Гродно. В двух случаях этиологической причиной непроходимости явился полипоз тонкого кишечника. У 28-летнего пациента во время оперативного вмешательства было установлено, что имеет место случай многоуровневой (3 уровня) тонкокишечной инвагинации. Выполнена операция – резекция кишки, полипэктомия. В другом случае у пациентки 37 лет удалось ограничиться дезинвагинацией, полипэктомией. Еще одна пациентка была переведена из Мостовской ЦРБ и госпитализирована с кишечной непроходимостью, перитонитом. Длительность заболевания составила 4 недели. Причиной непроходимости оказалась илеоцекальная инвагинация. В связи с наличием некротических изменений в подвздошной и слепой кишке была выполнена резекция участка подвздошной кишки и правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. Каких-либо причин, вызвавших инвагинацию, выявлено не было.

Еще 7 случаев инвагинации были оперированы нами во время работы в госпиталях Республики Ангола, где нет разделения на взрослую и детскую хирургию. У 2 пациентов 19 и 20 лет была выявлена тонкотолстокишечная инвагинация, сроки от начала заболевания до поступления в стационар составили более 5 суток. В обоих случаях выполнили частичную дезинвагинацию, резекцию некротизированного участка подвздошной кишки, правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзостомией. У пациентки 40 лет причиной непроходимости стала толстокишечная инвагинация на уровне поперечноободочной кишки. Выполнена резекция участка поперечноободочной кишки с анастомозом «конец в конец». Во всех случаях причиной инвагинации явилась гипермоторика кишечника вследствие острых диарейных заболеваний.

Оперированы 4 детей от 1 года до 4 лет. Это были случаи илеоцекальной и тонкотолстокишечной инвагинации. В одном случае удалось выполнить дезинвагинацию и цекопексию, в 2 случаях вследствие позднего обращения за медицинской помощью пришлось выполнить резекцию подвздошной кишки, правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза. Особо хотелось бы отметить случай инвагинации у ребенка с выпадением инвагината через задний проход. Учитывая наличие инвагинационной кишечной непроходимости, осложненной перитонитом, после кратковременной предоперационной подготовки ребенок был подвергнут срочному оперативному лечению. Выполнить дезинвагинацию удалось лишь частично в связи с выраженными некротическими изменениями в тонкой кишке. Кроме этого, были отмечены очаги некроза в слепой кишке, а также восходящем отделе толстого кишечника. Поэтому была произведена резекция тонкого кишечника, правосторонняя гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза.

Последний случай инвагинации у взрослого случился 08.09.15 года. Пациент С., 19 лет поступил в хирургическое отделение БСМП с клиникой острого аппендицита, болен в течение 4 дней. Выставлены показания к аппендэктомии, больной взят в операционную. После 40 минут безуспешных поисков червеобразного отростка был осуществлен переход на лапаротомный доступ. При пальпации в просвете поперечноободочной кишки определялась головка инвагината. Произведена дезинвагинация.

В области илеоцекального перехода по задней стенке пальпировалось образование до 5 см в диаметре. Произведена цекотомия, субмукозно в стенке кишки найдено образование округлой формы, которое было удалено. Гистологическое заключение: киста с толстокишечной выстилкой и единичными клетками Панета.

Выводы. Улучшение результатов диагностики и лечения инвагинации у взрослых может быть достигнуто за счет знаний о характере течения заболевания, правильной интерпретации полученных анамнестических данных и результатов объективного и инструментального исследования, своевременной постановке показаний к операции, а также выбора оптимального варианта хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерюхин, И.А. Кишечная непроходимость: руководство для врачей / И.А. Ерюхин, В.П. Петров, М.Д. Ханевич // 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 1999. – 448 с.
2. Ольшанецкий, А.А. Инвагинация кишечника у взрослых / А. А. Ольшанецкий, И. Г. Новоскольцева // Харьковская хирургическая школа. – 2013. – № 6. – С. 106 – 110.
3. Пономарев, А. А. Редкие причины непроходимости желудочно-кишечного тракта / А. А. Пономарев, О. Э. Карпов. – Рязань, 2002. – 420 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОХРАННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ

Комарова Т.К.

Гродненский государственный университет имени Янки Купалы

Проблема эмоционального выгорания, его факторов и последствий достаточно широко представлена в современной психологии работами зарубежных (Х.Дж. Фрейденбергер, К. Маслач, Б. Пелман и др.) и отечественных авторов (В.В. Бойко, Н.В. Водопьянова, В.Е. Орёл, и др.). На современном этапе исследовательский интерес вызывает феноменология, структура, генез, социально-психологическая и индивидуально-личностная детерминации эмоционального выгорания. Оно трактуется как самостоятельный феномен, который отличается от сходных психофизиологических состояний, таких как стресс, утомление, депрессия. В рамках процессуального подхода выгорание рассматривается как процесс с последовательной сменой стадий, протекающий в ходе