

3. Чернеховская Н. Е. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: учеб. пособ. / Н. Е. Чернеховская, В. Г. Андреев, Д. П. Черепянецов, А.В. Поваляев. – 3-е изд., перераб., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 208 с.

4. Черноусов А.Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1997. – 352 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ БРЮШНОТИФОЗНЫХ ЯЗВ С СОХРАНЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА

Колоцей В. Н.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Беларусь*

Актуальность. Наиболее часто встречающаяся причина развития перитонита в странах тропической Африки – брюшной тиф. Как известно, заболевание вызывается грамотрицательной палочкой *Salmonella typhi*. Источником болезни являются как хронические бактерионосители, так и употребление зараженных продуктов (молоко, яйца, мясо), а также животные. Проллиферативно-воспалительная реакция в стенке кишки при вовремя и правильно проведенном лечении может закончиться выздоровлением. При отсутствии лечения возникает некроз стенки кишки с исходом в перфорацию и развитием перитонита. Смертность от данного заболевания находится на 5-м месте после смертности от таких заболеваний, как малярия, острые диарейные заболевания, холера и туберкулез.

Цель работы: улучшение результатов лечения брюшнотифозных перитонитов, определение показаний к тому или иному варианту хирургического пособия в зависимости от количества и локализации перфораций, а также поиск оптимальных решений с учетом летальности и риска повторных перфораций.

Материал и методы. В хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) в 2009-2012 гг. были оперированы 147 пациентов. Это были пациенты в возрасте от 10 месяцев до 89 лет.

При поступлении наиболее характерны следующие жалобы: боли в животе, вздутие живота, повышение температуры тела. Более половины пациентов указывали, что ранее имела место диарея, которая прекратилась за 2-3-е суток до поступления. Напряжение мышц передней брюшной стенки в той или иной степени отмечено у 42 пациентов (28,6%). Особо хочется подчеркнуть тот факт, что в условиях Анголы часто встречаются микст-инфекции и брюшной тиф может протекать параллельно

с малярией, туберкулезом, паразитарными и другими заболеваниями, нередко на фоне тяжелой алиментарной анемии и авитаминоза. Сроки поступления в хирургический стационар от момента перфорации язвы были разными – от 6 часов до 3 недель. Основная масса пациентов поступила после 3-х суток от момента перфорации. Это связано с низкой культурой населения, склонностью вначале прибегать к традиционному лечению, удаленностью госпиталей и отсутствием инфраструктуры. При поступлении в большинстве случаев диагноз перитонита сомнений не вызывал, однако для уточнения диагноза выполнялись рентгенография брюшной полости, ультрасонография, реакция Видаля.

Результаты и обсуждение. У 81 пациента с перфорацией единичной язвы либо двух язв, удаленных друг от друга, выполнили ушивание перфоративного отверстия (55,1%). Дефекты в стенке кишки ушивали двухрядным швом, для этого использовали шелк, викрил, дексон. В ряде случаев перфоративное отверстие ушивали путем наложения двойного кисетного шва. У большинства пациентов дистальнее и проксимальнее перфорации были визуализированы язвы в состоянии предперфорации, такие дефекты погружались кисетными серозно-мышечными швами. Пять пациентов умерли в первые сутки после операции. Тринадцать пациентов умерли в разные сроки после операции от прогрессирования гнойной интоксикации на фоне сердечно-сосудистой и легочной недостаточности. В этой группе 8 пациентам (9,9%) понадобились повторные лапаротомии в связи с появлением новых перфораций. В целом следует отметить, что в этой группе относительно низкий процент летальности (22,2%) обусловлен тем, что тут были самые компенсированные пациенты, и степень выраженности перитонита была наименьшей по сравнению с другими группами. Вместе с тем все-таки высок процент повторных перфораций, несмотря на мощную антибактериальную терапию, проводимую в послеоперационном периоде.

26 пациентам (17,7%) в связи с множественными перфорациями (от 2 до 8) выполнена резекция кишки с наложением энтероэнтероанастомоза. Как правило, наложение межкишечного анастомоза проводили непрерывным двухрядным швом по методу «бок в бок» по причине его более высокой надежности. С этой целью использовали викрил или дексон 3/0. В данной группе отмечается самая высокая летальность (73,1%), обусловленная многими причинами: тяжелое течение болезни и ее несвоевременное лечение, которые в свою очередь привели к тяжелому течению перитонита, развитию абдоминального сепсиса, что усугубляло состояние пациента. При выборе данного способа оперативного лечения очень высок риск повторных перфораций и несостоятельности швов анастомоза, так как остается дистальный участок подвздошной кишки, вовлеченный в воспалительный процесс. В 12 случаях (46,1%) пришлось прибегнуть к повторным лапаротомиям вследствие появления новых

перфораций в терминальном отделе подвздошной кишки, при этом несостоятельности анастомоза не отмечено. Производили резекцию подвздошной кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза.

Еще 22 пациентам (15,0%) при наличии множественных перфораций брюшнотифозных язв выполнили обширную резекцию подвздошной кишки (не менее 100 см), вплоть до баугиниевой заслонки. Операцию завершали наложением илеотрансверзоанастомоза. В этой группе повторных перфорацией не отмечено, однако 8 пациентов были подвергнуты релапаротомии для санации брюшной полости в связи с продолжающимся перитонитом. Следует отметить радикальность и надежность данной операции, что обусловлено полным удалением терминального участка подвздошной кишки, возможностью наложить анастомоз в пределах неизмененных тканей. Летальность в данной группе составила 36,4% и была связана прежде всего с поздним поступлением в стационар, что в свою очередь обуславливало тяжелое течение перитонита, развитие абдоминального сепсиса, что усугубляло состояние пациента.

Резекция подвздошной кишки и правой половины ободочной кишки с илеотрансверзоанастомозом была произведена нами лишь по строгим показаниям у 4-х пациентов. Показаниями к данной операции явились большие перфоративные язвы, расположенные в илеоцекальном углу, с распространением на слепую кишку при наличии ее флегмонозного воспаления. Такая операция является очень травматичной, так как выполняется большой объем оперативного вмешательства в условиях распространенного перитонита. Еще в 4 случаях удалось ограничиться выполнением резекции подвздошной кишки с экономной резекцией слепой кишки. В этой группе умерли 5 пациентов (62,5%), однако только такая операция могла дать шанс на благоприятный исход при распространении процесса на правый фланг ободочной кишки.

В послеоперационном периоде режим голодания составлял трое суток, столько же времени стоял и назогастральный зонд. Назначали хлорамфеникол по 1,0 в/в 3 раза в день в сочетании с цефтриаксоном по 1,0 в/в 2 раза в день. Кроме того, проводили адекватную инфузионную терапию, назначали метронидазол по 100 мл в/в 3 раза в день, обезболивающие, стимуляторы перистальтики.

Выводы. Таким образом, проведенный нами анализ позволяет считать, что успех лечения брюшнотифозных перитонитов в большинстве случаев зависит от сроков поступления пациента в стационар. Объем оперативного вмешательства зависит от количества и локализации перфораций. При возникновении единичных перфораций операцией выбора является ушивание перфоративной язвы и имеющихся предперфораций. При множественных перфоративных язвах предпочтение следует отдавать резекции подвздошной кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза. Операции, направленные на удаление дистального отдела подвздошной

кишки, в большинстве случаев препятствуют возникновению новых перфораций брюшнотифозных язв. Ранняя диагностика и своевременно начатое лечение позволяет предупредить развитие осложнений.

Литература:

1. Вахидов В. В. Хирургическое осложнение брюшного тифа. / В. В. Вахидов, Л. Г. Хачиев // Ташкент: Медицина, 1978. – 109с.
2. Войновский Е. А. Хирургические осложнения брюшного тифа. / Е. А. Войновский, К. А. Ревской // М: Медицина, 1995. – 192 с.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ СВЕРДЛОВА

Конецкий А. А., ¹Богданович И. П., Балабанович М. Ю.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»
Гродно, Беларусь

Актуальность. При травматическом вывихе плеча происходит повреждение стабилизирующего аппарата сустава, что у 12-17% пострадавших приводит к потере суставной стабильности и развитию привычного вывиха плеча. [1, 2] Современным методом лечения привычного вывиха плеча является артроскопическая стабилизация плечевого сустава. Недостаточная оснащенность травматологических отделений артроскопами, отсутствие якорных фиксаторов и подготовленных специалистов приводит к тому, что данные операции выполняются только в республиканских и некоторых областных центрах. Поэтому основная масса оперативных вмешательств по стабилизации плечевого сустава производится открытым методом. В литературе описано много методов оперативного лечения – более 150. Причиной такого разнообразия оперативных вмешательств служат рецидивы вывиха (до 24%). По мнению Watson-Jones, «успех многих открытых операций зависит от выраженности рубцевания и контрактуры, образующейся впереди сустава, и ограничивающей отведение и наружную ротацию плеча таким образом, что его головка не может достигнуть положения, вызывающего выскальзывание последней...». Операция должна также, кроме обеспечения стабильности, сохранить функцию сустава. [2]

При решении вопроса об оперативных методах лечения привычного вывиха плеча, нами, наряду с другими методиками, используется методика Ю. М. Свердлова. Суть операции заключается в следующем: продольным доступом обнажается плечевой сустав. Вскрывается межбугорковая