

встречающихся острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, дающих высокую летальность, вопросы усовершенствования её диагностики являются по-прежнему актуальными.

За период с 1.01.2002 г. по 31.12.2006 г. в хирургическом отделении УЗ “Узловой клинической больницы города Гродно” по поводу ОКН было произведено 80 хирургических операций.

Наблюдались больные от 18 до 89 лет. Средний возраст составил 57,35 лет. Мужчин было прооперировано 37, что составило 46,25%; женщин-43 (53,75%).

Наибольшую группу причин составила спаечная кишечная непроходимость (43 больных) - 53,75%. Опухоли были причиной заболевания в 23 случаях (соответственно, 28,75%). Заворот был выявлен у 5 человек (6,25%). Внутреннее ущемление присутствовало у 4 больных (5,0%). В 3 случаях (3,75%) причиной была инвагинация. Явления желчекаменной обтурации найдены у 2 человек (2,5%).

В приведённых случаях течение острой кишечной непроходимости осложнялось перитонитом в 13 случаях, что составило 16,25% от всех случаев.

Больным была оказана помощь через различные промежутки времени от начала заболевания. До 6 часов операция была произведена 58,4% нуждающимся в экстренной операции. В периоде времени от 6 до 12 часов -20,8%. От 12 до 24 часов, соответственно - 11,3%. Позже 24 часов операция производилась 9,5% оперированных.

Для улучшения условий исследования при ОКН может проводиться рентгеноконтрастное исследование методом энтерографии. При этом существенно сокращается время исследования: сразу после введения контрастной массы в кишечник создаётся возможность оценки рельефа слизистой оболочки проксимальных отделов. Кроме того, это исследование является и лечебным мероприятием, поскольку методика его проведения предусматривает декомпрессию проксимальных отделов кишечника.

Рентгеноконтрастное исследование методом энтерографии позволяет на более ранних стадиях поставить диагноз высокой ОКН, наиболее трудной в диагностическом отношении. Это даёт возможность ранее начать адекватное лечение, провести оперативное вмешательство и, в конечном итоге, улучшить результаты лечения больных с высокой ОКН.

Литература:

1. Милюков В.Е., Сапин М.Р. Патогенетические механизмы развития перитонита при острой тонкокишечной непроходимости/ Хирургия.- №7.- 2005.- С. 40-45.
2. Острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза/ Декабрьские чтения по неотложной хирургии.- Т.5.- 2000.- С. 70-76,78-80,106-111.
3. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость/ Руководство для врачей.- СПб.- 1999.- С. 97-98,114-115,252-253.

ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Бакунов В.В., Иноземцев Э.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Василевский В.П.

Несмотря на широкий диапазон мнений о лечении язвенной болезни, общепринятым и оправданным является подход к хирургическому лечению осложнений язв желудка и 12-перстной кишки [1].

В хирургическом отделении ГУ 1134 ВМЦ ВС РБ за последние 5 лет в плановом и экстренном порядке было оперировано 24 больных по поводу осложненной язвенной

болезни желудка и 12-перстной кишки. Наибольшее число оперированных (22) имело осложненное течение язвенной болезни 12-перстной кишки. На основании данных, полученных в результате исследования и интраоперационной ревизии, в большинстве случаев язва выявлена на передней стенке 12-перстной кишки – 15 (68,2%) больных. У 3 (13,6%) пациентов установлена ее локализация на задней стенке, у 2 (9,1 %) больных имелись язвы заднемедиальной (боковой, большой кривизны), еще у 2 (9,1%) – переднелатеральной (боковой, малой кривизны) стенок 12-перстной кишки. Две осложненных язвы желудка располагались на малой кривизне (1 тип по Н.Д. Johnson) и в препилорическом отделе (Ш тип по Н.Д. Johnson) [2]. В двух случаях имело место наличие сопутствующей хирургической патологии брюшной полости (хронический калькулезный холецистит и артерио-мезентериальная дуоденальная непроходимость). Острые осложнения, потребовавшие хирургического лечения, наблюдались у 11 больных (перфорация – 8(33,3%), повторные или рецидивные кровотечения – 3 (12,5%)). Явившиеся показаниями к операции хронические осложнения развились у 10 пациентов. Субкомпенсированный и декомпенсированный пилорoduоденальный стеноз был у 8 больных (33,3%), пенетрация дуоденальной язвы у 1 (4,2%) и малигнизация циркулярной препилорической язвы – у 1 (4,2%) оперированной. У 3-х (12,5%) больных диагностировано сочетание двух осложнений (кровотечение + стеноз – 1, пенетрация + стеноз – 1, перфорация + кровотечение – 1). В большинстве случаев у 18 больных операциями выбора явились органосохраняющие и дренирующие желудок операции (двухсторонняя стволовая ваготомия + пилоропластика по Финею – 17 и по Гейнеке-Микуличу – 1). Резекция желудка в различных модификациях осуществлена 3 пациентам (дистальная субтотальная – 1, по Ру-Габереру – 1 и Гофмейстеру-Финстереру – 1). При прободениях 3 больным произведено ушивание перфоративного отверстия. У двух пациентов при наличии сопутствующей хирургической патологии выполнены симультанные брюшнополостные операции. Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни дополнено холецистэктомией и наложением дуоденоанастомоза «бок в конец». Положительный клинический результат получен во всех случаях. У 1 больного после стволовой ваготомии и пилоропластики по Финею в течение нескольких недель сохранялись явления достаточного выраженного гастростаза и анастомозита, купированные консервативными мероприятиями с включенными в схему прокинетиков, М,Н-холиномиметиков, ганглиоблокаторов и электростимуляции).

Таким образом, по данным рассмотренного материала, преобладающими осложнениями язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, потребовавших оперативного лечения, явились пилорoduоденальный стеноз и перфорация. Органосохраняющие хирургические патогенетические операции являются, безусловно, эффективным методом лечения большинства как острых, так и хронических осложнений язв 12-перстной кишки.

Литература:

1. Пугаев А.В. и др. Лечение больных с пилорoduоденальным стенозом // Хирургия. – 2007. - №10. – С. 23-27.
2. Шорох Г.П., Климович В.В. Язвенные гастрoduоденальные кровотечения (тактика и лечение) // Минск.: «Промпечать», 1998. – 155 с.