

2. Баранская Е. К., Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. Гл. 4. Париет в лечении язвенной болезни, симптоматических гастродуоденальных язв и функциональной диспепсии. Стр. 75 / В кн. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. / Под. ред. акад. РАМН В. Т. Ивашкина. 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2013, 152 с. ISBN 978-5-98322-905-1.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Крючков С.А., Корнелюк Д.С., Кондак О.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Колоцей В.Н.

Актуальность. Острая кишечная непроходимость является одним из наиболее сложных патологических состояний, относящихся к острой хирургической патологии. Результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью остаются неудовлетворительными.

Целью работы является изучение причин возникновения и особенностей диагностики обтурационной кишечной непроходимости.

Материал и методы. Нами проведен анализ историй болезни пациентов, которые были оперированы в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2004 по 2015 годы по поводу острой обтурационной кишечной непроходимости. Всего было 195 пациентов в возрасте от 22 до 88 лет. Из них мужчины составили 54,7%, женщины - 45,3%. Время от начала заболевания до поступления в стационар составляло от 2 часов до 2 недель.

Результаты. Проведенный анализ случаев оперативного лечения позволил выявить следующие причины, вызвавшие острую обтурационную кишечную непроходимость: злокачественные опухоли ободочной кишки - 139 (71,3%), злокачественные опухоли других органов (чаще всего матка и придатки) вследствие сдавления, прорастания или метастазирования - 30 (15,4%). У 26 (13,3%) оперированных больных острая обтурационная кишечная непроходимость была вызвана редко встречающимися причинами. Желчнокаменная непроходимость вследствие холецистодуоденального свища встречалась у 5 пациентов, в одном случае с некрозом участка кишки. Объемные жидкостные образования брюшной полости и забрюшинного пространства стали причиной непроходимости у 2 пациентов. Так высокая кишечная непроходимость развилась у пациента 33 лет, поступившего с закрытой травмой живота, вследствие забрюшинной гематомы, вызвавшей компрессию тощей кишки. В одном случае у 66-летней пациентки тонкокишечную непроходимость вызвала гигантская мукоидная киста (мукоцеле) червеобразного отростка. В другом случае гиперплазия ювенильного полипа с трансформацией в кисту в области илеоцекального перехода явилась причиной подвздошно-ободочной инвагинации. В 2 случаях непроходимость была вызвана карциноидной опухолью. Обтурационная кишечная непроходимость вследствие дивертикула Меккеля была обнаружена у пациента 34 лет. Причиной непроходимости стал рубцово-воспалительный процесс у основания дивертикула. В 2 случаях обтурационная толстокишечная непроходимость была вызвана болезнью Крона, что привело к рубцово-инфильтративным изменениям стенок толстой кишки, диагноз был подтвержден при гистологическом исследовании препарата. Обтурационная кишечная непроходимость вследствие калового завала оперирована в 2 случаях. Непроходимость кишечника по причине наличия инородных тел обнаружена у 6 пациентов. В 3 случаях причиной непроходимости стало туберкулезное поражение кишечника.

Выводы. Диагностика обтурационной кишечной непроходимости в большинстве случаев представляется трудной. Знание причин, приводящих к обтурационной кишечной непроходимости, может помочь в своевременной постановке диагноза и определить показания к операции, что положительным образом сказывается на результатах лечения.

Литература:

1. Кишечная непроходимость: руководство для врачей / И. А. Ерюхин [и др.]; под ред. И. А. Ерюхина. - СПб: Издательство «Питер», 1999.- 448 с.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИТОНИТОВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Олешкевич В.В., Шинтарь А.В., Мартинович М.П., Германович С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Гаврилик Б.Л.

Актуальность. Лечение гнойных заболеваний, и в частности перитонитов, является одной из значимых проблем современной медицины, доминирующую роль в возникновении которых играет патогенная микробная флора. Такие частые хирургические патологии, как деструктивный аппендицит, холецистит и панкреатит, нередко осложняющиеся перитонитом различной степени тяжести, в составе комплексного лечения требуют назначения адекватной противобактериальной терапии в пред- и послеоперационном периоде [2]. Однако широкое применение антибактериальных средств ведёт к стремительному снижению спектра чувствительности бактерий к различным группам антибиотиков с развитием полирезистентности [1].

Цель: проанализировать спектр микрофлоры, вызвавшей перитонит, а также её чувствительность к ряду антибактериальных препаратов при деструктивных формах острого аппендицита, холецистита и панкреатита.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 128 пациентов с деструктивными формами аппендицита, холецистита и панкреатита, осложнённых перитонитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» с 2008 по 2015 год. Мужчин было 71(55,4%) человек, женщин - 57(44,6%). Пациентов с деструктивным аппендицитом было 52 человека, с холециститом – 41 и с панкреатитом – 35. Все пациенты оперированы. У пациентов исследован состав микробной флоры экссудата брюшной полости и чувствительность микроорганизмов к различным видами антибактериальных препаратов.

Результаты и их обсуждение. У группы пациентов с деструктивным аппендицитом и деструктивным холециститом при микробиологическом исследовании экссудата из брюшной полости преобладала грамотрицательная культура семейства Enterobacteriaceae, чувствительная к основным группам антибактериальных препаратов. Реже у пациентов деструктивным холециститом встречались грамположительные кокки семейства Streptococcus и Staphylococcus, в большинстве случаев, чувствительные к карбопенемам, фторхинолонам, цефалоспорином III поколения. У пациентов панкреонекрозом, осложненным гнойным перитонитом, в выпоте из брюшной полости преобладали грамотрицательные палочки Pseudomonas aeruginosa, которые были чувствительны лишь к полимиксинам.

Выводы. Выделенная микробная флора при деструктивном аппендиците, холецистите и панкреатите, осложнённом перитонитом, обладает устойчивостью к ряду антибактериальных средств. Следует подчеркнуть, что особенно устойчивыми к антибактериальной терапии являются патогенные микроорганизмы, высеянные из экссудата у пациентов с деструктивным панкреатитом, осложненным гнойным перитонитом. Таким образом, применение стандартной схемы антибактериальной терапии перитонита оправдано лишь на начальной стадии лечения, в последующем антибактериальные препараты назначаются с учетом чувствительности микробной флоры к ним.

Литература:

1. Переяслов, А. А. Антибактериальная терапия больных с острой абдоминальной патологией / А. А. Переяслов, Т. М. Иванкив // Медицинские новости. – 2008.- №7.- С.77-78.
2. Стручков, В. И Хирургическая инфекция: руководство для врачей / В. И. Стручков, В. К. Гостищев, Ю. В. Стручков. – М.: Медицина, 1991. – 560с.