

УДК 616.342-002.45-089

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ - ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**Б. А. Айтмолдин****КГКП "Больница скорой медицинской помощи"****Тұжырым**

Ұлтабардың жарасының тесілуі осы сырқатпен ұзақ мерзім ауырған науқастарда жиі дамиды.

1. егер жара көлемі үлкен болып, науқас алғашқы сағаттарда ауруханаға келіп түссе, Бильрот -1 операциясы жасалды.
2. егер науқас бір тәуліктен кейін түссе, жараны тігу кеңесі беріледі.

Summary

A perforated ulcer occurred in patients, suffering from a long time of this disease.

1. upon receipt of the patient in the first hours, if the plague is large, the performed operation on Bilrot - 1.
2. the admission of the patient through the night was only the closure of the ulcers.

Актуальность проблемы.

Хирургическое лечение больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является одной из актуальных проблем гастроэнтерологии.

Несмотря на внедрение новых антисекреторных препаратов, вызывающих значительное снижение желудочной секреции и методов эрадикации *Helicobacter pylori* наблюдается увеличение заболеваемости и осложнений язвенной болезни - кровотечения, перфорации язвы и стеноза пилоро-дуоденального отдела [2,5]. В последние годы некоторые хирурги отмечают увеличение числа сочетанных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (перфорация язвы и кровотечение; двойная локализация язв; сочетание перфорации язвы или кровотечения с пенетрацией в поджелудочную железу или малый сальник; сочетание осложнений с пилорoduоденальным стенозом; сочетание всех осложнений — перфорации язвы, кровотечения, пенетрации и стеноза) [5,6]. Некоторые хирурги в последние годы предлагают в лечении осложненных дуоденальных язв (НР позитивные больные) паллиативные вмешательства в последующей эрадикации *H. pylori*, однако в литературе приводятся лишь единичные сообщения, которые не позволяют сформулировать окончательные выводы о подобном методе лечения [1,4].

Резекция желудка в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является лишь важным историческим достижением и не отражает современные тенденции хирургических вмешательств при этом заболевании (высокая послеоперационная летальность при экстренных вмешательствах достигающая 20%, высокая частота болезней оперированного желудка - 16-26%, увеличение частоты заболеваемости раком культи желудка в 6 раз по отношению к общей популяции населения) [3]. В настоящее время для оценки результатов хирургических вмешательств у больных с осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки следует использовать не только количественные показатели, но и качество жизни пациентов, которое является одним из основных критериев эффективности лечения. Важное значение для формирования тактики лечения больных с осложненными язвами двенадцатиперстной кишки имеет определение затрат на лечение.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

1. Обосновать выбор метода операции у больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки.

4. Обосновать тактику хирургического лечения у больных с сочетанными осложнениями кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. Проводилось исследование за период с 2008 по 2010 гг. Изучено 66 случаев заболевания язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и методов оперативного лечения.

Прободение стенки органа с попаданием содержимого желудка, кишки в брюшную полость является тяжёлым осложнением язвенной болезни.

- 1) при поступлении больного в первые часы, если язва большая, то производилась операция по Бильроту - 1.

- 2) при поступлении больного через сутки только ушивание язвы.

Прободная язва возникала у больных, страдающих длительное время этой болезнью. Иногда возникает внезапно у людей, ранее считавших себя здоровыми (так называемые "немые", бессимптомно протекающие язвы). Прободению благоприятствовал переизбыток, употребление алкоголя, поднятие тяжести, травмы живота, тряская езда (прободение может наступить и при полном покое. Симптомы болезни. Начало острое: внезапная ("удар ножом в живот"), постоянная, нестерпимая боль в подложечной области, реже в правом подреберье или области пупка, резко усиливающаяся при малейшем движении, отдающая вверх, в область правого (левого) плеча, лопаток. Рвота отсутствует или однократная, стул и отхождение газов задержаны. Большой неподвижен, бледен, покрывается холодным липким потом, нередко занимает вынужденное положение, чаще на правом боку, с подтянутыми к животу ногами. Живот становится плотным, напряженным, не участвует в дыхании. В некоторых случаях возможно закрытие прободного отверстия (прикрытая перфорация) каким-либо прилегающим органом (кишкой, желчным пузырем), при этом острая вначале боль несколько ослабевает, что может на время улучшить самочувствие больного и отсрочить вызов врача (подобная ситуация таит в себе большие опасности в отношении развития воспаления брюшины). Тактика выбора метода операции у больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки заключалась в нижеследующем:

- 1) при поступлении больного в первые часы, если язва большая, то производилась операция по Бильроту - 1.

- 2) при поступлении больного через сутки производилось только ушивание язвы.

Таким образом, обоснование выбора метода хирургического лечения у больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки имеет важное практическое зна-

чение, что может способствовать снижению летальности и повышению качества жизни больных.

Литература:

1. Антонов В.Н. Эндоскопический гемостаз и прогноз рецидива кровотечения при хронических гастродуоденальных язвах (экспериментально-клиническое исследование): Дис... канд. мед. наук. / Иркутский мед. университет. Иркутск, 2006. - 164 с.
2. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. 2006. - № 5. - С. 26 - 28.
3. Баев О.В. Выбор лечебной тактики у больных с перфоративными язвами гастродуоденальной зоны:

Дис. канд. мед. наук. / Ростовский мед. университет. Ростов - на - Дону, 2006. - 148 с.

4. Горбунов В.Н., Наумов Б.А. Технические варианты выполнения проксимальной желудочной ваготомии (Обзор литературы) // Хирургия. 1989. - №8. - С.143 - 148.

5. Грубник Ю.В., Фоменко В.А., Пилипенко А.С. Осложнения локального эндоскопического гемостаза у больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // 4-й Московский конгресс по эндоскопической хирургии. М., 2000. - С. 79 - 80.

6. Гусейнзаде М.Г. Клинико-экономический анализ ведения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Эксперим. клин. гастроэнтерология. -2006.- №4.-С. 5- 10.

УДК 616.366-003.7-616.367-06-089

МИНИДОСТУПНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЁННОЙ НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Н.Р. Рахметов

Государственный медицинский университет города Семей

Тұжырым

Өт жолдарының өтімсіздігімен асқынған өт - тас ауруы еміндегі мини – тілімді операциялар

Мақалада өт – тас ауруы және оның асқинуларымен ауырған 387 науқастар хирургиялық емі нәтижелері талқыланды. Механикалық сарғаю дамуымен асқынған өт жолдары өтімсіздігі 7,0 % науқастарда анықталды. Аталмыш асқынудың негізгі себебі холедохолитиаз (70,4 %) болды. Механикалық сарғаюмен ауырған науқастардың 88,9 % өт жолдарының өтімдігін минитілімдік операциялар көмегімен іске асты.

Summary

Miniinvasive operations at treatment of the choelithiasis complicated by disturbance of passableness of cholic ducts

In article have been analysed results of surgical treatment of 387 patients with cholelithiasis and its complications. Disturbance of passableness of cholic ducts with development of a mechanical icterus was observed at 7,0 % patientes of a choelithiasis, the primary reason was the choledocholithiasis (70,4 %). At 88,9 % patients of a mechanical icterus restoration of passableness of cholic ducts is authorised with use of miniinvasive operations.

Введение

В настоящее время желчно - каменная болезнь (ЖКБ) является одним из часто встречаемых заболеваний. За каждые 10 лет заболеваемость с данной патологией увеличивается в 2 раза [1, 2]. Рост заболеваемости ЖКБ, отмеченный за последние десятилетия, сопровождается увеличением частоты осложнённых форм. Среди осложнений наиболее часто встречается холедохолитиаз и стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) [3 - 6]. Холедохолитиаз занимает ведущее место и наблюдается у 5-22% больных ЖКБ [1, 3, 5, 7, 8], в группе больных старше 60 лет его частота достигает 28,1-35% [1, 5]. Стеноз БСДК встречается у 0,7 - 40% больных с холедохолитиазом [3, 5].

Чрезвычайно важна проблема лечения заболеваний внепечёночных желчных протоков, пока являющихся основной причиной выполнения операций из традиционного доступа или конверсии. Необходимы дальнейшая разработка и совершенствование методов разрешения протоковой патологии миниинвазивными способами [9].

Целью исследования явилось изучение частоты и причин развития нарушения проходимости желчных протоков при ЖКБ и результатов его лечения с использованием минидоступных операций.

Материал и методы

Нами проанализировано результаты хирургического лечения 387 больных ЖКБ и её осложнениями с использованием малоинвазивных технологий. При этом 205 (57,4%) пациентов госпитализированы по поводу острого холецистита, 182 (42,6%) - по поводу хронического холецистита.

У 27 (7,0%) больных, из общего числа оперированных наблюдалась механическая желтуха. Мужчин было 4 (14,8 %), женщин – 23 (85,2 %). Средний возраст составил 58,4±12,2 лет. Длительность желтухи у 24 (88,9%) пациентов не превышала 15 дней, у 3 (11,1%) - длительность желтухи составила более 20 дней. У 19 (70,4%) пациентов выявлено 2 и более сопутствующих заболеваний, такие как хронические заболевания легких (хронический бронхит, пневмосклероз, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма), различные расстройства сердечно - сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС, остаточные явления нарушений мозгового кровообращения), болезни органов пищеварения, мочевого выделения, обмена веществ, патологий костно - суставной системы.

Из 27 оперированных больных с механической желтухой у 5 (18,5%) был хронический «склероатрофический» калькулёзный холецистит, у 19(70,4%) острый флегмонозный калькулёзный холецистит, у 3(11,1%) – гангренозный холецистит. У пациентов выявлены следующие осложнения: холедохолитиаз – 19 (70,4%),