

УДК 616.342-616.34-002.44-089

Н.Р. Рахметов, В.Г. Лубянский, Е.М. Асылбеков, Н.Б. Омаров

Государственный медицинский университет города Семей, Республика Казахстан,
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Аннотация

В данной работе определены преимущества и недостатки лапароскопии, санации и иссечения перфоративной язвы, дуоденопластики и дренирования брюшной полости из мини доступа.

Ключевые слова: перфорация, язва двенадцатиперстной кишки, методы лечения, малоинвазивные методы.

Актуальность: Перфорация - опасное для жизни осложнение, наблюдающееся в среднем у 5% больных язвенной болезнью [9]. Однако, если больные подвергаются чрезмерному воздействию неблагоприятных факторов и не получают адекватного консервативного лечения, риск перфорации может существенно повышаться [7]. Подавляющее большинство прободений (75-85%) в настоящее время приходится на дуоденальную локализацию язвы [6]. Основная часть больных - лица трудоспособного возраста, отмечается значительное, в среднем 10-кратное, преобладание мужчин [1]. В экономически развитых странах перфоративные язвы встречаются в 7-10 наблюдениях на 100 000 населения в год [2]. По данным международных когортных исследований, летальность за последние 30 лет не имеет тенденции к снижению и при перфорации дуоденальной язвы составляет 5-13%, желудочной - в 2-3 раза выше [3,4]. Рутинной операцией в большинстве клиник является ушивание язвы. Результаты этой нерадикальной операции оставляют желать лучшего. В течение первого года рецидив язвы отмечается у 50-70% больных, к 10 годам из-за развития стеноза, повторной перфорации, массивного кровотечения или сочетания осложнений повторным операциям подвергается 60% больных и более [2, 7].

Целью исследования: является улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения прободных язв двенадцатиперстной кишки.

Задачи исследования:

1. Сравнить используемые методы хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.
2. Проанализировать характер и частоту послеоперационных осложнений.
3. Определить преимущества и недостатки лапароскопии, санации и иссечения перфоративной язвы, дуоденопластики и дренирования брюшной полости из мини доступа.

Материалы и методы исследования:

Исследование основано на изучении результатов оперативного лечения 80 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, находившихся в клинике госпитальной хирургии за период с 2000 по 2011 годы. Основную массу 74 (91%) составляли люди трудоспособного возраста. Среди общего количество больных мужчин было 77 (95%), женщин 3 (5%). Средний возраст больных от 19-68 лет. У 16 (20%) больных выявлены различные сопутствующие заболевания. Стертая клиническая картина (выраженный болевой синдром, наличие язвенного дефекта по данным ФГДС, отсутствие пневмоперитонеума после ФГДС отмечена у 12 (11,9%) больных. В этих случаях наиболее эффек-

тивным диагностическим методом являлась видеолaparоскопия, позволившая с минимальной травматичностью выявить перфоративное отверстие и определить показания к хирургическому лечению.

Выбор хирургической тактики был направлен на одновременное решение следующих задач - ликвидация источника перитонита, радикальное лечение язвенной болезни, малое травматизация. Лапаротомия, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки произвели у 25(30%), лапаротомия, иссечение перфоративной язвы, дуоденопластику и дренирование брюшной полости 30(40%), лапароскопия, санация, иссечение перфоративной язвы, дуоденопластика и дренирование брюшной полости из мини доступа 25(30%).

Применяемый нами способ лапароскопии, санация и иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с дуоденопластикой из мини доступа имеет ряд преимуществ по сравнению с ушиванием язвы: удается тщательно осмотреть заднюю стенку двенадцатиперстной кишки, с целью исключения наличия язвы на задней стенке; устранить стеноз двенадцатиперстной кишки; удалить воспаленный вал вокруг язвы, что создает условия для лучшего заживления раны двенадцатиперстной кишки.

Выводы:

1. Оценка отдаленных клинических результатов после лапароскопии, иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, дуоденопластики из мини доступа прослежены у 10 больных. Отличный и хорошие результаты получены в 9 (93,3%), удовлетворительные - 1 (6,6%). У всех больных была положительная динамика массы тела, трудоспособность восстановлена через 21-28 дней после операции.
2. Послеоперационные осложнения развились у 8 (10%) больных: нагноение раны - 1 (1,2%), дисфагия - 2 (2,4%), гатростаз - 2(2,4%), острый панкреатит - 3 (4%). Эндоскопический и рентгенологический существенных патологических изменений не выявлено.
3. Учитывая результаты видеолaparоскопии, иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с дуоденопластикой из мини доступа позволяет считать, что данная операция является обоснованным методом лечения перфоративной дуоденальной язвы.

Литература:

1. Борисов А.Е., Федоров А.В., Земляной В.П. и др. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Ст-Петербург, 2000, - 55-69 с.
2. Миронов В.И., Зелов И.А. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв. В кн: Хирургия - 2000. Сборник тезисов. М: Мораг - Экспо 2000, - 215-217 с.

3. Петров В.П. Выбор метода лечения неосложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия 2001; 7: 13-16.

4. Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв. Хирургия 2001, 5, - 24-27с.

5. Хаджиев О.Ч., Лупальцев В.И. Лечение прободных гастродуоденальных язв. Хирургия 2001; 5, - 28-30 с.

6. Mulholland M.W. Peptic ulcer disease. Digestive tract surgery. Ed. R.H. Bell et al. Lippincott-Raven 1996 - 183-185 с.

7. Rubin E., Farber J.L. Peptic ulcer disease. Pathology 2 ed. Lippincott Company 1994 - 637-643.

Тұжырым

ҰЛТАБАРДЫҢ ПЕРФОРАТИВТІ ОЙЫҚ ЖАРАСЫН КІШІ ИНВАЗИВТІ ЭНДОХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

Н.Р. Рахметов, В.Г. Лубянский, Е.М. Асылбеков, Н.Б. Омаров

Ересек адамдарда асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасының аурушаңдылығы тұрғындардың 3-15% құрайды. Оның 5-15% жараның перфорациясымен асқынады. Әсіресе 34-39 жастағы науқастардың жиі ауыратындығы назар аудартады, себебі әлеуметтік еңбекке жарамдылық қабілетінің қалпына келуінің маңыздылығын негіздейді. Зерттеу 2000 жылдан 2011 жыл аралығындағы госпиталды хирургия клиникасында он екі елі ішектің перфоративті жара диагнозымен жатқан 80 науқастың операциясының нәтижелеріне қарап негізделген. Негізгі құрамын 78 (91%) еңбекке жарамды адамдар құраған. Оның 77 (95%) ер адамдар, 3 (5%) әйел адамдар құрады. Науастардың орташа жасы 19-68 жас. Лапаротомия, он екі елі ішектің перфорациялық жарасын тігу 25 (30%) науқасқа, лапаротомия, перфорациялық жараны кесіп алу, дуоденопластика және құрсақ қуысын дренаждау 30 (40%), лапароскопия, санация, кіші тілім арқылы перфорациялық жараны кесіп алу, дуоденопластика және құрсақ қуысын дренаждау 25(30%) науқаста жүргізілді.

Summary

MINI-INVASIVE ENDOSURGICAL METHODS OF TREATMENT OF A PERFORATIVE ULCER OF DUODENUM

N.R. Rakhmetov, V.G. Lubyansky, E.M. Asylbekov, N.B. Omarov

Perforation - the life-threatening complication which is observing on the average at 5 % of patients with stomach ulcer. However, if patients are exposed to excessive influence of adverse factors and don't receive adequate conservative treatment, the risk of perforation can essentially raise. The vast majority of perforations (75-85 %) is the share now of duodenal localization of an ulcer. Research is based on studying of results of operative treatment of 80 patients with a perforative ulcer of duodenum, being in clinic of hospital surgery from 2000 for 2011. 74 (91 %) was made by people of able-bodied age. Among total of sick men was 77 (95 %), women 3 (5 %). Middle age of patients from 19-68 years. At 16 (20 %) patients are revealed various accompanying diseases. The choice of surgical tactics was directed on the simultaneous solution of the following tasks - elimination of a source of peritonitis, radical treatment of stomach ulcer, a small trauma. The laparotomy, take in of a perforative ulcer of a duodenum made at 25 (30 %), a laparotomy take in of a perforative ulcer, duodenoplastic and a drainage of an abdominal cavity 30 (40 %), a laparoscopy, sanitation, take in of a perforative ulcer, duodenoplastic and a drainage of an abdominal cavity from mini access 25 (30 %).

УДК 37.018.324-37.013.78

Т.К. Рахымбеков¹, Н.М. Елисинова², А. Абешова³

Государственный медицинский университет города Семей

Д.м.н., профессор, ректор¹,

Докторант PhD по специальности «Общественное здравоохранение»,²

Врач-интерн педиатр³

ПРИЧИНЫ И ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ ДЕТЕЙ В ДОМЕ РЕБЕНКА И ДЕТСКОМ ДОМЕ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА СЕМЕЙ)

Аннотация

В статье представлены причины поступления детей в Детские дома и Дома ребенка и период пребывания их там. Авторами выявлена иерархия причин отказа от воспитания детей и их разносторонний анализ.

Ключевые слова: Детский дом, здоровье детей, причины отказа от воспитания.

Актуальность: Как известно, пребывание детей в интернатных учреждениях отрицательно сказывается на состоянии их здоровья. Так уровень заболеваемости в домах ребенка по данным углубленного медицинского осмотра увеличивается в 2 раза, отмечается нарастание количества воспитанников с отставанием в физическом и нервно-психическом развитии, происходит рост хронической заболеваемости. [1]. В 2010 году коэффициент детей в учреждениях интернатного типа в Казах-

стане (1593,9 на 100 000 человек в возрасте 0-17 лет) [2] был самым высоким среди стран СНГ.

Сохранение биологической семьи ребенка важно не только в интересах ребенка и его родителей, это также полезно для общества и государства. Затраты на одного ребенка в год в различных формах устройства по подсчетам за 2009г составили: в детских домах - 5.000 USD (долларов США), в детских домах семейного типа - 3.000 USD, в детских деревнях - 4000 USD, в приемных