

УДК 616.33-002.44-06

К.К. Уаппаев

КГП на ПХВ «Риддерская городская больница», г. Риддер

СОЧЕТАНИЕ ЧЕТЫРЕХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА**Аннотация**

Сочетание четырех осложнений язвенной болезни желудка создает определенные трудности в выборе хирургической тактики и адекватного объема операций. Применение активной хирургической тактики при таких язвах способствует снижению частоты осложнений и летальности. Операцией выбора считаем резекцию желудка.

Ключевые слова: гастродуоденальные язвы, осложнения, резекция желудка.

Осложненное течение гастродуоденальных язв является актуальной проблемой желудочной хирургии и нередко встречается у лиц молодого возраста. За последние 20-25 лет отмечается рост операций, выполняемых по неотложным показаниям (1,5 - 2,5 раза) у больных с осложненными формами язвенной болезни [2, 3, 5]. В практике хирурга редко встречается сочетание одновременно четырех осложнений язвенной болезни, поэтому приводим наше наблюдение.

Больной М. 1968г.р. поступил в хирургическое отделение городской больницы 04.10.2011 года, через 1 час после острого начала заболевания с жалобами на сильные боли в животе. На фоне удовлетворительного самочувствия появилась «кинжальная» боль в животе. Из анамнеза удалось выяснить, что больной состоит на учете по язвенной болезни желудка.

Общее состояние больного тяжелое. Пониженного питания. Кожные покровы бледноватой окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс до 100 ударов в 1 минуту АД-110/70 мм-рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, пальпаторно болезненный во всех отделах. Выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. На обзорной рентгенограмме брюшной полости выявлен свободный газ под куполами диафрагмы.

Общий анализ крови: НВ-112 г/л Эр.-3,5*10¹².Л- 16.4*10⁹. п-12%.с-69%. М-4%,Л-15%,СОЭ-32мм/час.

Больной с предварительным диагнозом перфоративной язвы желудка взят на операцию. Под общим обезболиванием произведена операция - срединная лапаротомия. При ревизии в брюшной полости обнаружено большое количество мутного, коричневого цвета выпота. Брюшная полость осушена. Желудок растянут, больших размеров. На передней стенке пилорического отдела желудка язвенный дефект с перфоративным отверстием в диаметре до 2,0 см. Язвенный дефект переходит на заднюю стенку выходного отдела желудка пенетрируя в поджелудочную железу, выполненный рыхлым тромбом. Резкое сужение выходного отдела желудка. В тонком кишечнике определяется кровь. С учетом интраоперационной картины сочетания четырех осложнений язвенной болезни-перфорация язвы пе-

редней стенки пилорического отдела желудка, острого язвенного кровотечения задней стенки желудка с пенетрацией в поджелудочную железу и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка. Выполнена резекция 2/3 желудка по Б-1. После промывания брюшной полости раствором фурацилина подведены дренажные трубки в боковые каналы и к малому тазу. Удалены дренажи на 5 сутки. Швы сняты на 10 сутки, заживление первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. Осмотрен через год, жалоб не предъявляет.

Выводы:

1. Описанные наблюдения подтверждает что сочетание нескольких осложнений язвенной болезни желудка создает определенные трудности в выборе объема операций.
2. Операцией выбора считаем резекцию желудка.

Литература:

1. Абдуллаев Дж.С. Опыт хирургического лечения гастродуоденальных язв желудка. // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 1999. № 8. – С. 8-11.
2. Афендулов С.А., Журавлёв Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия - Москва. - Медиа Сфера. – 2006. №6. – С. 26-30.
3. Горбунов В.Н., Сытник А.П., Корнев Н.Н., Гордеев С.А., Столярчук Е.В., Уржумцева Г.А. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв // Хирургия. - Москва. Меди Сфера. – 1998. №9. – С. 14-17.
4. Гостишев В.К., Евсеев М.А. Патогенетические аспекты рецидивов гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. - Москва. - Медиа Сфера. – 2004. - №5. – С. 55-56.
5. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. // Хирургия. - Москва. - Медиа Сфера. – 2005. №1. – С. 58-64.
6. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г. Осложненные гастродуоденальные язвы. // Хирургия. - Москва. - Медиа Сфера – 2005. №3. – С. 27-29.
7. Шевченко Ю.Л., Корзникова А.А., Стойко Ю.М., Шадуров Б.Ш. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. - Москва. - Медиа Сфера. – 2006. №11. – С. 18-23.

Тұжырым**АСҚАЗАН ОЙЫҚ ЖАРА АУРУЫ ҮЙЛЕСУІНІҢ ТӨРТ ТҮРІ**

К.К. Уаппаев

ШЖҚК МК «Риддер қалалық ауруханасы»

Асқазан ойық жара ауруының төрт түрлі асқынуының үйлесуі ота көлемі мен тәсілін таңдауда қиыншылықтар тудырады. Белсенді хирургиялық әдістерді қолдану асқынулар жиілігі мен өлім көрсеткішін төмендетеді. Таңдаулы оталық әрекет ретінде асқазан резекциясын санаймыз.

Негізгі сөздер: асқазан ойық жара ауруы, асқыну түрлері, асқазан резекциясы.

Summary
COMBINATION OF FOUR COMPLICATIONS OF THE GASTRIC ULCER PROGRESS

K.K. Uashpaev

Ridder Municipal Hospital

The combination of four complications (perforation, bleeding, penetration, stenosis of the pyloric part of the stomach) of the gastric ulcer make some difficulties in choosing the surgical approach and the appropriate extent of surgical operations. The use of the active surgical approach in such ulcers helps to reduce the frequency of complications and mortality. We consider the gastric resection as an appropriate operation of choice.

Key words: *gastroduodenal ulcers, complications, gastric resection.*

УДК 616.33-002.44/.45-053.2

К.К. Уашпаев

КГП на ПХВ «Риддерская городская больница», г. Риддер

СЛУЧАЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА

Аннотация

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в детском возрасте встречается редко, еще реже наблюдается осложнение ее перфорацией. Важное значение в диагностике прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки имеет обзорная рентгенограмма брюшной полости. При прободной язве предпочтительно ее простое ушивание.

Ключевые слова: *Гастроудоденальные язвы, перфорация, ушивание язвы.*

В литературе широко изложены вопросы о прободных гастроудоденальных язвах у взрослых больных. Однако данная проблема остается актуальной и в детском возрасте в связи с ее редкостью, трудностями диагностики, врачебной тактики и лечения, о чем говорят появляющиеся до настоящего времени единичные сообщения. Язвенная болезнь в детском возрасте составляет от 3,6% до 13,5% гастроэнтерологических заболеваний [1] еще реже у детей наблюдается осложнение ее перфорацией. Перфорацию язвы желудка мы наблюдали у ребенка в возрасте 9 лет. Приводим это наблюдение.

Ребенок Т. Поступила в хирургическое отделение 04.09.2005 г, через 2 часа с момента заболевания с жалобами на сильные боли в животе с иррадиацией в левое надплечье. Заболела внезапно, после приема жидкости, появились резкие боли в эпигастральной области, которые распространились по всему животу. Из анамнеза выяснено, что ребенок наблюдается у педиатра по поводу дискинезии желчевыводящих путей. Обследование желудка не производилось.

Состояние при поступлении тяжелое. Лежит на боку с приведенными к животу ногами. Кожные покровы бледной окраски, чистые. Стонет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс до 100 ударов в 1 минуту. Язык влажный, обложен коричневым налетом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. Пальпаторно - выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость не определяется. На обзорной рентгенограмме брюшной полости под куполом диафрагмы определяется свободный газ.

Диагноз: Перфоративная гастроудоденальная язва. Под общим обезболиванием произведена верхне - срединная лапаротомия. В правой половине брюшной полости и малом тазу небольшое количество мутной слизистой жидкости. На передней стенке пилорического отдела желудка обнаружена перфоративная язва раз-

мерами 0,5 x 0,4 см с выраженной воспалительной инфильтрацией. Язва ушита узловыми швами с перитонизацией сальником на ножке. Брюшная полость после санации осушена, послойно ушита после подведение дренажной трубки в малый таз. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 3 сутки после операции, швы сняты на 10 сутки. Заживление первичным натяжением. Взята на диспансерный учет. Осмотрена через год, жалоб не предъявляет.

Выводы:

1. Приводя данные наблюдение мы хотели обратить внимание на редкость перфоративной язвы желудка у детей.
2. Для постановки правильного диагноза оказалось необходимым выполнение обзорной рентгенограммы брюшной полости.
3. При прободной язве предпочтительно её простое ушивание.

Литература:

1. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 1999. № 7. – С. 19-22.
2. Гринберг А.А., Шаповальянц С.Г., Мударисов Р.Р. Видеолапароскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв. // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 2000. №5. – С. 4-6.
3. Ефименко Н.А., Перегудов С.И., Сухоруков А.Л и др. Современные подходы к эндовидеохирургии перфоративных язв // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 2000. №10 – С. 62-63.
4. Курбанов К.М., Назаров Б.О. Хирургическая тактика при перфоративных гастроудоденальных язв // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 2005. № 12. - С. 33-35.
5. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастроудоденальных язв // Хирургия. – Москва. - Медиа Сфера. – 1999. № 6. - С. 15-19.