

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, Н.А. Колпаков, В.С. Кузьменко

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)

Изучены результаты хирургического лечения 749 случаев перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК). Первую группу составили 513 пациентов, которым выполнено ушивание ПЯ ДПК; вторую группу — 211 больных после радикальной дуоденопластики (РДП) и третью группу — 25 больных, которым выполнена резекция желудка (РЖ).

В 64 (12,5 %) случаях оперирующими врачами были отмечены значительные технические трудности выполнения ушивания ПЯ ДПК. В 37 (7,2 %) случаях отмечено прорезывание кишечных швов. В 12 (2,3 %) случаях ушивание ПЯ производилось при наличии признаков стеноза ДПК с одномоментным наложением ГЭА у 5 (1,4 %) пациентов.

РДП, как малоинвазивное органосохраняющее оперативное вмешательство на ДПК, выполнялась нами во всех случаях ПЯ ДПК даже через 48 часов от момента перфорации с наложением однорядного прецизионного кишечного шва. При вовлечении в рубцово-язвенный процесс привратника выполнялся пилороллизис и при дистальном краевом миосклерозе 2–3 секторов — истинная пилоропластика. 21 больному 2-й группы РДП была дополнена СПВ (9,9 %).

Отсутствие интрадуоденальной ревизии, сохранение зоны рубцово-язвенного поражения у больных 1-й группы не позволили интраоперационно выявить пенетрацию язв, язвенное кровотечение, значительное количество случаев стеноза, малигнизацию, которые у больных 2-й группы составили соответственно 10,0 %; 2,8 %; 11,4 % и 0,5 % случаев, а так же не было диагностировано наличие «зеркальных» и циркулярных язв ДПК (во 2-й группе — 18,5 % и 1,5 % случаев). При ушивании ПЯ в 10,9 % случаев хирурги ошибочно принимали зону рубцово-язвенного стеноза за истинный привратник.

При ПЯ ДПК в результате перитонита отечные брюшина и мантия создавали впечатление распространенного парадуоденального инфильтрата и ложной невозможности иссечения язвы, а при наличии больших размеров язвенных инфильтратов выявлялись пенетрирующие «зеркальные» и циркулярные язвы ДПК.

Наличие сочетанных язв желудка, язвы в области сфинктера и полное разрушение передней полуокружности сфинктера (2–3 сектора) являлись показанием к РЖ, однако, увеличение объема операции привело к увеличению летальности и количества послеоперационных осложнений в 2 раза по сравнению с больными 3-й группы.

Ранние язвенные осложнения (7,8 %) и обусловленные ими релапаротомии (2,0 %) и летальные исходы (1,6 %) были отмечены только среди больных 1-й группы. Длительность и характер перитонита не вызвали ни в одном из случаев выполнения РДП развитие несостоятельности кишечных швов.

Таким образом, для перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки характерно наличие сочетанных язвенных осложнений и поражений, устранение которых путем радикальной дуоденопластики исключает риск возникновения ранних язвенных осложнений и летальных исходов, снижает количество повторных операций, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, И.Н. Стрельцова

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С РЕТРОЦЕКАЛЬНЫМ И РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава (г. Хабаровск)

Из осложнений острого аппендицита отмечены: местный перитонит — у 38 (4,5 %), диффузный — у 16 (1,9 %), периаппендикулярный абсцесс — у 12 (1,4 %) пациентов. Флегмона забрюшинного пространства справа зафиксирована лишь в 5 (0,6 %) случаях. Если же исходить из пятой позиции расположения червеобразного отростка, то процент воспаления забрюшинной клетчатки будет высокий (62,5 %). Все пациенты с различными осложнениями поступили в хирургический стационар в период свыше 3 суток с начала заболевания, и у всех были деструктивные формы аппендицита. Однозначно, что преимущественно осложнения отмечались у лиц старше 30 лет, и пик осложнения приходился на группу больных 50–70 лет. В то же время, сравнивая перечисленные осложнения с осложнениями у больных с острым аппендицитом с илеоцекальной локализацией червеобразного отростка, следует подчеркнуть, что пик этих осложнений приходится на группу больных 30–40 лет.