

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 пилоролизис 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.

Случайно это несовпадение или оно носит закономерный характер? Нам представляется, что это не случайно и обусловлено следующими обстоятельствами: при ретроцекальной позиции червеобразного отростка последний как бы изолирован от свободной брюшной полости, в связи с этим воспалительный процесс в начале заболевания носит, условно говоря, «доброкачественный» характер, и только по мере развития деструктивных явлений (осложненный аппендицит) в отростке и окружающих тканях он приобретает характер агрессии. Все перечисленное и обуславливает позднее поступление пациентов, причем в основном больных старшей возрастной группы со сниженной реактивностью организма и иммунологической незащищенностью.

У больных с типичной позицией червеобразного отростка воспаление с отростка быстро переходит на висцеральную и париетальную брюшину. Больные четко реагируют, разумеется, за исключением лиц пожилого и старческого возраста, болевой реакцией и в связи с этим раньше поступают в хирургические стационары. Если у больных с перфоративным аппендицитом при типичной локализации отростка преимущественно возникают диффузные перитониты, то у пациентов с ретроцекальным расположением червеобразного отростка — местные, ограниченные, перитониты (4,5 %). Это различие также объяснимо, исходя из вышеизложенных позиций, и подтверждено нашими наблюдениями.

Воспалительные заболевания забрюшинного пространства — нечасто встречающееся осложнение деструктивного аппендицита с ретроцекальной, ретроперитонеальной позицией червеобразного отростка. Клиническая картина при забрюшинной флегмоне проявляется выраженной болью в поясничной области, высокой температурой тела до 38° С с ознобами. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой половине (правой подвздошной области), но преимущественно лишь при глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины — отрицательные или сомнительные. При осмотре поясничной области можно отметить сглаженность ее контуров справа и даже отек, редко проявляется кожный венозный рисунок. Боль является главным признаком забрюшинной флегмоны. При перитонитах производилась н/срединная лапаротомия, при абсцессах и флегмонах забрюшинного пространства предпочтение отдавали внебрюшинному доступу по Пирогову.

В наших наблюдениях вовлечение забрюшинной клетчатки в воспалительный процесс отмечено в 8 случаях, из них в 3 случаях — забрюшинная флегмона, в 5 — ретроперитонеальные аппендикулярные инфильтраты, осложненные абсцедированием. Умерла одна больная от инфаркта миокарда.

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, И.Н. Стрельцова, П.М. Косенко

АБСЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

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

Абсцессы брюшной полости — это ограниченные скопления гноя в тех или иных отделах ее, окруженные пиогенной оболочкой, капсулой. По классификации В.Д. Федорова, их следует отнести к местному ограниченному перитониту. Суть его сводится к тому, что гнойный экссудат, чаще всего в области патологического очага и оперативного вмешательства, ограничивается от брюшной полости, а защитные силы организма велики, вирулентность инфекции мала для отграничения гнойного процесса. Гнойники образуются в тех случаях, когда недостаточно тщательно производится санация и осушивание брюшной полости при перитонитах: оставление в ней обрывков тканей, фрагментов червеобразного отростка, каловых камней.

Абсцессы брюшной полости могут прорваться в свободную брюшную полость и вызвать распространенный (диффузный) перитонит. Реже гнойники опорожняются в полые органы, что ведет к образованию внутреннего свища. Длительное существование гнойников может привести к абдоминальному сепсису. Антибиотикотерапия при абсцессах малоэффективна ввиду плотной пиогенной оболочки, которая препятствует проникновению антибиотиков в полость гнойника, поэтому только раннее оперативное лечение гнойников является альтернативным методом лечения.

Наиболее частым осложнением после аппендэктомии, и особенно деструктивного аппендицита, являются межкишечные абсцессы.

Клиническая картина этих гнойников разнообразна, но преимущественно складывается из местных и общих признаков. К последним мы относим: интоксикацию (головную боль, слабость, разбитость, потерю аппетита, повышение температуры тела, ознобы, проливные поты). К местным признакам — локальную боль, напряжение мышц брюшной стенки, тимпанит или притупление перкуторного звука, симптомы кишечной непроходимости. В диагностике гнойников большое место отводим данным УЗИ брюшной полости.

Е.В. Николаев и соавт. (1999), А.Ю. Малхасян (2002) считают, что диагностика ранних послеоперационных абсцессов брюшной полости должна основываться на последовательном проведении клини-