

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ РЕСПУБЛИКИ АНГОЛА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Иоскевич Н. Н.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Введение. Острая кишечная непроходимость среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в европейских странах относится к наиболее трудным для диагностики, отличаясь тя-

жестью клинического течения, развитием всевозможных осложнений (Стяжкина С. Н. с соавт., 2015). Вместе с тем, ее возникновение и течение, а также алгоритм хирургической тактики у лиц африканского континента остаются не изученными.

Целью настоящего исследования явился анализ развития, клинического течения, диагностики, хирургической тактики и результатов оперативного лечения различных видов острой кишечной непроходимости у лиц африканского континента на примере больных республики Ангола.

Материал и методы. Нами в 2010–2015 гг. в Республике Ангола прооперирован 51 больной с острой кишечной непроходимостью. Среди них мужчин было 38 человек, женщин – 13. В возрасте до 19 лет было 10 больных, до 29 лет – 9, до 39 – 7, до 49 – 10, до 59 – 9, до 69 – 3, старше 70 лет – 3. В сроки до 6 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 4 человека, от 6 до 12 часов – 7, от 12 до 24 – 9, более 24 часов – 31. Инструментальный диагностический алгоритм включал обзорную рентгенографию брюшной полости, изучение пассажа водной взвеси бария сульфата по кишечнику.

Острая механическая кишечная непроходимость диагностирована у 48 больных, динамическая (мезентериальная, сосудистая) – у 3 (мезентериотромбоз с гангреной тонкой кишки – у 2, тонкой кишки и правой половины толстой – у 1). В группе госпитализированных пациентов с острой механической кишечной непроходимостью обтурационная кишечная непроходимость найдена у 5 человек, в том числе обусловленная опухолью правой половины ободочной кишки – 3, левой – 1, тонкого кишечника – 1. Странгуляционная кишечная непроходимость установлена в 24 случаях: заворот – 19 (тонкой кишки – 12, сигмовидной – 7), узлообразование – 5 (между тонкой кишкой и сигмовидной – 3, тонкой кишкой и слепой – 1, между петлями тонкой кишки – 1). Сочетанная кишечная непроходимость отмечена у 19 больных: спаечная непроходимость тонкой кишки – 18, инвагинация сигмовидной кишки – 1.

При острой кишечной непроходимости опухолевого генеза выполняли: резекцию тонкого кишечника с анастомозом (1), правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзоанастомозом (2), правостороннюю гемиколэктомию с илеостомией (1), левостороннюю гемиколэктомию с трансверзостомией (1). У больных с заворотом сигмовидной кишки в 6 случаях произведена ее резекция с концевой сигмостомией, в 1 – резекция с анастомозом «конец в конец». При завороте тонкой кишки у 5 человек осуществлена резекция тонкой кишки с илеотрансверзоанастомозом и у 5 – с наложением концевой илеостомы; у 2 больных выполнена деторсия завернувшихся петель тонкой кишки с их декомпрессией, в том числе в 1 случае с удалением дивертикула Меккеля. Объем хирургического вмешательства при узлообразовании включал резекцию тонкой кишки и сигмы с одномоментным тонко-тонкокишечным и сигмо-ректоанастомозом (3), правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза (1), деторсию тонкой кишки с ее

декомпрессией (1). Инвагинация сигмовидной кишки явилась показанием к ее резекции к концевой сигмостомией (1), а спаечная кишечная непроходимость – к рассечению спаек (15), резекции тонкой кишки с тонко-тонкокишечным анастомозом (2), резекции тонкой кишки с концевой илеостомией (1). При мезентериотромбозе выполнена резекция кишки с илеотрансверзоанастомозом (2) или колостомией (1).

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде умер 1 (1,9 %) возрастной больной от острой сердечно-сосудистой недостаточности, оперированный в связи с опухолевой острой кишечной непроходимостью. Обращает на себя внимание позднее поступление больных: 92,2 % из них госпитализированы позднее 6 часов с момента начала заболевания. Однако лишь у 25 (49 %) пациентов имелся некроз кишечника и только в 2 (3,9 %) случаях произошла перфорация кишечной стенки с развитием разлитого перитонита. Клиническая картина всех видов острой кишечной непроходимости соответствовала ее классическим проявлениям. У большинства больных при лапаротомии не отмечалось переполнения кишечника пищевыми массами, что позволило произвести в 29,4 % случаев его резекцию с первичным анастомозом.

Выводы. Социально-бытовая обстановка в Республике Ангола, а также особый порог болевой чувствительности у анголан являются причиной позднего обращения лиц с острой кишечной непроходимостью за медицинской помощью в большинстве случаев. Вместе с тем, особенности их организма (склонность к быстрому ограничению очагов воспаления в брюшной полости, заживлению анастомозов и ран, высокая чувствительность к антибиотикам и другим лекарственным препаратам) обуславливают благоприятные исходы хирургического лечения различных видов острой непроходимости кишечника в 98,1 % случаев в ближайшем послеоперационном периоде.