



Рис. 2. Эхограмма печени больного А. Визуализируется полость каверны с ободком обызвествления через 4 года после лечения.

ем поддиафрагмального абсцесса справа, который был вскрыт и дренирован 25.11.1992 г.

29.11.1992 г. вновь произведена релапаротомия с целью остановки повторного аррозивного кровотечения из туберкулезной каверны. Проводилась комплексная инфузционная терапия, включавшая переливание крови, белковых компонентов, плазмы, растворов глюкозы и Рингера, витаминов, антибиотиков и противотуберкулезных препаратов.

06.01.1993 г. больного перевели в туберкулезную больницу для продолжения специфического (стрептомицин, изониазид, рифампин) и общеукрепляющего лечения. Поскольку рана в правом подреберье не закрывалась из-за серозно-гнойного отделяемого, то было произведено дополнительное эндоскопическое и рентгенологическое исследования.

22.09.1993 г. при фиброгастроудоценоскопии в антральном отделе желудка было обнаружено свищевое отверстие (2 x 3 мм), через которое поступал синий раствор индигокармина, введенного с помощью катетера в рану. На фистулографии контрастное вещество заполнило желчные протоки, желчный пузырь и поступило в двенадцатиперстную кишку и желудок. При компьютерной томографии установлено, что рядом с очагом поражения печени расположены желудок и двенадцатиперстная кишка. Проведенные исследования свидетельствуют о сообщении туберкулезной каверны с желчными протоками и желудком. Желудочный свищ образовался, видимо, вследствие некроза стенки желудка, припаянного к очагу поражения в печени.

Через 1,5 года от начала специфической терапии состояние больного улучшилось, рана в правом подреберье и желудочный свищ закрылись. Еще через год наблюдения и профилактического противотуберкулезного лечения состояние больного стало вполне удовлетворительным и он приступил к прежней работе.

Контрольное ультразвуковое исследование от 16.04.1996 г. выявило в V сегменте полость (16 x 12 мм) с ободком обызвествления (рис. 2), в связи с этим больному периодически прово-

дится специфическая противотуберкулезная терапия.

Приведенное наблюдение свидетельствует о трудности диагностики кавернозного туберкулезного процесса печени, запоздалое лечение которого привело к субдиафрагмальному абсцессу, аррозивному кровотечению и желудочному свищу. Своевременная диагностика и ранняя специфическая терапия очагового туберкулезного поражения печени позволяют улучшить прогноз и предупредить развитие ряда осложнений.

УДК 616.33/.34—002.44—07—089.8

Э.В. Луцевич, В.Г. Сахаутдинов, О.В. Галимов (Москва—Уфа). Диагностика и хирургическое лечение гастродуodenальных язв, сочетанных с другими заболеваниями органов брюшной полости

В клинике факультетской хирургии Башкирского медицинского университета выполнены сочетанные операции у 158 больных с гастродуоденальными язвами, осложненными сопутствующей патологией органов брюшной полости. Среди больных было 110 мужчин и 48 женщин. Возраст пациентов составлял в среднем 52,5 года. У 108 больных язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 46 — в желудке, у 4 — в желудке и двенадцатиперстной кишке. Течение заболевания было осложнено у 107 (67,7%) больных: у 40 — пенетрацией язвы, у 34 — гастродуоденальным кровотечением, у 27 — стенозом и у 6 — перфорацией. По нашим наблюдениям, при гастродуоденальных язвах встречается более 20 вариантов сочетаний с другой абдоминальной патологией, наиболее частыми из которых являются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — 98 (62%), спаечная болезнь брюшины (СББ) — 28 (17,7%), хронический холецистит — 28 (17,7%), грыжи брюшной стенки — 26 (16,5%). У 31 (19,6%) пациента было по 3, а у 6 (3,8%) — и более заболеваний, включая язвенную болезнь.

Всем больным проводились фиброгастроэнтероскопия, рентгеноскопия, ацидометрия, эндоманометрия, ультразвуковое сканирование. Современные инструментальные методы обследования имеют высокую диагностическую эффективность в распознавании гастродуоденальных язв и сочетанных заболеваний органов брюшной полости, позволяют получить важную и различную по характеру информацию. Отдельное применение каждого из этих методов не дает возможности в полном объеме установить топику и тяжесть патологического процесса. Наилучший диагностический эффект достигается лишь при сочетании способов обследования.

Гастродуоденальные язвы с сопутствующей патологией пищеварительного тракта характеризуются взаимоотягчением, быстрым развитием осложнений и труднее поддаются консерватив-

ному лечению, чем каждое из заболеваний в отдельности. Обоснованное хирургическое вмешательство должно включать наряду с патогенетическим воздействием на язвенную болезнь устранение сопутствующего заболевания органов брюшной полости.

При сочетании гастродуodenальных язв с ГПОД операцией выбора считаем СПВ с фундопликацией по Ниссену, которая была выполнена 53 пациентам. У 15 из них из-за стеноза привратника ее дополняли пиlorопластикой (по Микуличу — 8, по Джабулею — 7). К резекции желудка с наложением терминолатерального гастродуоденоанастомоза и фундопликации прибегли в 45 наблюдениях при осложненных дуodenальных язвах, множественных язвах, язвах желудочной локализации, сочетанных с ГПОД, причем при расширении пищеводного отверстия диафрагмы более 3 см коррекцию кардии дополняли (у 31) передней круорификацией.

При гастродуodenальных язвах, сочетанных с СББ, наряду с резекцией желудка (27) и СПВ (1) производили рассечение спаек. У 4 больных этой группы ввиду обширного спаечного процесса и вовлечения кишечника пришлось прибегнуть к резекции части кишки. При комбинации язв и хронического холецистита (у 28) были выполнены резекция желудка и холецистэктомия (у 6 — с холедохолитотомией и дренированием холедоха). Из других видов симультанных операций при гастродуodenальных язвах наиболее часто выполняли резекцию желудка и грыжесечение (25), резекцию желудка и удаление кист яичников (5), резекцию желудка и удаление дивертикулов пищеварительного тракта (4). У 37 пациентов одновременно произвели по три и более хирургических вмешательств (резекцию желудка + удаление

дивертикула Меккеля + удаление кисты яичника; СПВ + фундопликацию + гемиколэктомию + грыжесечение и др.). Увеличение объема оперативного вмешательства в ходе симультанных операций не оказывало существенного влияния на его исходы. В наших наблюдениях летальных исходов не было.

Осложнения развились у 11 (6,9%) пациентов: у 4 — нагноение раны, у 4 — острый послеперационный панкреатит, у 2 — постваготомическая диарея, у одного — острый тромбофлебит подкожных вен. Эти осложнения носили преходящий характер и были купированы консервативной терапией.

Отдаленные исходы изучены у 89 больных в сроки от одного года до 10 лет после операции. Хорошие результаты получены у 62 (69,7%) пациентов, все они сохраняют трудоспособность, не нуждаются в приеме медикаментов. У 24 (27%) больных были удовлетворительные результаты: на фоне улучшения состояния у них сохранялись или возникли после операции те или иные нарушения, подтвержденные в ходе объективных методов исследования, которые не требовали стационарного или интенсивного амбулаторного лечения, поскольку не оказывали существенного влияния на трудоспособность, восстановленную операцией. Неудовлетворительные результаты имели место у 3 (3,4%) больных.

Таким образом, сочетанные операции не вызывают серьезных осложнений и переносятся больными не тяжелее, чем раздельные, поэтому показания к ним целесообразно расширять. Обоснованные симультанные вмешательства при гастродуodenальных язвах и сопутствующей абдоминальной патологии являются перспективным направлением в области хирургии.