

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

зашиванні ентеротомного отвору вище каменя на роздутій кишці або над ним, де сформувався пролежень, є ризик виникненні неспроможності швів у післяопераційному періоді.

Висновки: Гостра обтураційна жовчнокам'яна непрохідність кишок є відносно рідкісним захворюванням. На підставі даних об'єктивного обстеження хворого, ультразвукової та рентгенологічної діагностики, можна підтвердити чи виключити наявність непрохідності біліарного генезу. Ентеротомію доцільно виконувати дистальніше обтурації кишки, з метою профілактики неспроможності швів та виникнення ускладнень.

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Кравець В. В., Заслонко М. Є. – студ.*

Науковий керівник – к.мед.н. Кравець О. В.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

**Конопська центральна районна лікарня*

Спайкова хвороба залишається актуальною проблемою хірургії органів черевної порожнини.

Проаналізовано результати клініко-рентгенологічної діагностики гострої спайкової непрохідності кишечника (ГСНК) у 85 хворих. Чоловіків було 47 (55,3%), жінок – 38 (44,7%). Вік хворих коливався від 25 до 71 року. ГСНК виникла після апендектомії у 27 (31,8%) хворих, гінекологічних операцій – у 22 (25,9%), операцій з приводу травм черевної порожнини – у 10 (11,8%), операцій на шлунку та дванадцятипалій кишці – у 9 (10,6%), після інших операцій на органах черевної порожнини – у 17 (20%).

У діагностиці захворювання враховували клінічні ознаки і дані рентгенологічного дослідження. Клінічні симптоми були підставою для встановлення діагнозу повної непрохідності кишечника вже під час госпіталізації у 16 (18,8%) хворих. У 69 (81,2%) пацієнтів ці симптоми були менш виразні, що дозволило припустити часткову непрохідність кишечника.

Усім хворим проводили рентгенологічне дослідження, яке починали з оглядової рентгенографії черевної порожнини. Повна відповідність клінічних проявів та рентгенологічних ознак ГСНК відзначено у 54 (63,5%) хворих. Менш виразні клінічні ознаки виявлені у 31 (36,5%) хворих, але у цій групі були чіткі рентгенологічні ознаки кишкової непрохідності – чаші Клойбера, кишкові арки.

Рентгенологічне дослідження з використанням барієвої суспензії проведено у 69 (81,2%) хворих. Основними показаннями до вивчення пасажу барієвої суспензії по кишечнику були слабо виразні клінічні ознаки, невелика тривалість захворювання, а також мала ефективність операцій, проведених раніше з приводу спайкової непрохідності кишечника. Рентгенологічно виявлено уповільнення пасажу барієвої суспензії, нерівномірне заповнення петель тонкої кишки. Використання подібної тактики дозволило уникнути операції у 9 хворих, незважаючи на наявність явних клінічних ознак.

Прооперовано 15 (17,6%) хворих. Перешкода пасажу кишкового вмісту локалізувалась у початкових відділах тонкої кишки у 3 хворих, в середній частині – у 7, дистальному відділі – у 5 хворих.

Висновки: вивчення пасажу барієвої суспензії є цінним діагностичним методом при обстеженні хворих з ГСНК. З метою встановлення рівня і ступеня непрохідності кишечника (повна, часткова) необхідно динамічне рентгенологічне дослідження.