

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ КОЛЕЦИСТИТАХ И ГРЫЖАХ ДИАФРАГМЫ.

Уроков Ш. Т.,
Холиков Ф. Й.,
Кенжаев Л. Р.,
Хамроев Х. Н.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, кафедра хирургических болезней и реанимации, Бухарский филиал Республиканского научного центра скорой медицинской помощи, Республика Узбекистан, Бухара.

Актуальность темы: В настоящее время желчнокаменная болезнь и ее осложнения занимают ведущее место среди заболеваний гепатобилиарной системы. Это имеет не только большое медицинское, но и социальное значение, ведь с каждым годом увеличивается количество молодых и трудоспособных пациентов. «...В последние годы наблюдается тенденция роста заболеваемости холедохолитиазом во всем мире, в том числе и в Республике Узбекистан»¹. С возрастом в результате атрофических или дегенеративных изменений мышечно-связочной системы общий тонус организма ослабевает, в том числе ослабевает связочная система сетчатки, а отверстие диафрагмы начинает расширяться. Дополнительные факторы к этому процессу — сдавление факторов, то есть повышение давления в грудной полости, вызывают диафрагмальные грыжи (ДГГ). Диафрагмальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы представляют собой выпячивание некоторых органов, расположенных в грудной полости, в грудную полость по определенным причинам. В большинстве случаев к грудной клетке прикрепляются дистальная часть грудной клетки и проксимальная часть глотки. Таким образом, упомянутый выше тип грыжи встречается у 50% людей после 50 лет. У молодых людей это патологическое состояние встречается очень редко, до 5%, в связи с тем, что связочная система и целостность тазовой кости достаточно расслаблены для проникновения части желудка в грудную полость.

Цель исследования: повысить эффективность диагностики и результатов лечения в случаях, когда грыжи диафрагмального отверстия сопровождаются острым холециститом.

Материал и метод: Научная работа проводилась в Бухарском филиале Республиканского научного центра скорой медицинской помощи и в I-II кафедрах неотложной хирургии Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино, кафедра «Хирургических болезней и Реанимация», с 2017 по 2023 год.

Для обследования таких больных использовали лабораторные и инструментальные методы обследования. Клинико-лабораторные методы алгоритма диагностики, ультразвуковое и эндоскопическое исследование органов брюшной полости, состояния двенадцатиперстной кишки (ДДС), эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, МСКТ, рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта проводили по к инструкциям.

Пациенты контрольной группы были разделены на 2 группы. В I группу вошли больные острым холециститом, перенесшие операцию (холецистэктомия), но имеющие диспепсические жалобы (n=35). Эти больные предъявляли жалобы на различные диспептические явления в послеоперационном периоде: фурункулы в моче, потливость горла, болезненность во рту, боли в животе после приема пищи, отрыжку. Среди этой группы больных при проведении вышеперечисленных инструментальных методов обследования выявлены постизбыточные грыжи диафрагмы (РДГ), различные степени рефлюкс-эзофагита и ГЭРБ. Эти пациенты были обследованы на основании клинических симптомов, ретроспективного анамнеза и текущего состояния. Во II основную группу больных (n=49), обратившихся с УТХ и страдавших, помимо основных симптомов приступа в жалобах, длительно сохранялись диспепсические явления, кроме того, были отобраны пациенты с различной степенью развития ХБП при наличии вышеперечисленных симптомов. Были проведены указанные инструментальные методы обследования. У аэлов (36 мужчин и 48 женщин) преобладал пол.

Мы разделили по классификации Всемирной организации здравоохранения: 18 – 44 года, 45 – 59 лет – средний возраст; 60 – 74 года – старость, 75 – 90 лет – молодая старость, старше 90 лет – дальние жители.

Результаты исследования: в первой группе больных - синдром людоёдов во сне - у 15 (43%), во второй группе - у 18 (37%). Часто боль была связана с изменением положения тела, 15 (43%), во время еды. Наиболее характерные огры находятся за сном и в эпигастральной ветви и имеют жгучий или тупой (давящий) характер.



В первой группе больных 35 (100%) жаловались на фурункулы, 28 (80%) — на изжогу, 15 (43%) — на боли в животе и эпигастрии. Эти пациенты предъявляли жалобы на описанные выше боли как до, так и после холецистэктомии.

Во второй группе больных у больных УТХ появились симптомы, характерные для острого холецистита: это язвы пищевода и огрики в эпигастральной области, Мерфи, Ортнера-Грекова, Мюссе-Гиоргиевского (симптом Френика), рефлюкс-эзофагит и различные виды ДКТЧ. имели диспептические явления: фурункулы в моче 49(100%), изжога 41(84%), боли в желудке после еды 18(37%), отрыжка 39 (80%), дисфагия наблюдалась в 5 (11%) случаях, дневная тошнота и рвота - в 15 (31%) случаях.

Установлено, что боль в эпигастрии и боль под правой грудной клеткой встречались в 100% случаев в обеих группах, слабость и снижение аппетита - в 32 (92,7%) и 42 (86,3%) соответственно в I и II группах; тошнота, рвота и диспепсия - 33 (95%) и 42 (86,3%); напряжение мышц под правой грудной клеткой отмечено у 12 (34%) и 17 (33,6%); Отмечено 4 (10%) и 6 (13%) положительных симптомов Щеткина-Блюмберга.

Заключение. У больных острым холециститом имеется длительный симптомокомплекс, состоящий из общих диспепсических явлений, характерных для диафрагмальной грыжи. В предоперационном периоде при подозрении на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь необходимо провести дополнительные инструментальные исследования.

