

Показатели объема периферической лимфы в группе пациентов, получавших курс консервативной терапии на пораженной конечности до начала лечения зафиксированы на уровне  $0,18 \pm 0,04$  Ом и  $0,27 \pm 0,07$  Ом после его окончания. В группе пациентов, получавших курс внутриартериальных инъекций на пораженной конечности объем периферической лимфы составил  $0,16 \pm 0,07$  Ом до проведения лечения и  $0,34 \pm 0,05$  Ом после проведенной терапии.

Объем венозной крови в периферических венах в группе пациентов, получавших курс консервативной терапии, на пораженной конечности составлял  $0,17 \pm 0,03$  Ом до начала лечения и  $0,22 \pm 0,04$  Ом после проведенной терапии. До внутриартериального введения аутолимфоцитов на пораженной конечности объем крови в периферических венах составил  $0,13 \pm 0,03$  Ом, после проведенной терапии показатели объема крови возросли до  $0,26 \pm 0,06$  Ом.

### ВЫВОДЫ

Включение в терапию лимфедемы нижних конечностей лимфоцитозереза и внутриартериального введения аутолимфоцитов позволяет более эффективно восстановить нарушения лимфо- и кровообращения, приводит к более быстрому и стойкому уменьшению отека пораженной конечности и улучшению качества жизни пациентов.

**А.В. Красноперов, А.В. Карпович**

## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)*

Одним из важнейших факторов успеха оперативной коррекции запирающей функции анального сфинктера является физиологичность выбранного способа реконструктивной операции. В этой связи необходимо адекватно и всесторонне оценить функциональные возможности анального канала прямой кишки в предоперационном периоде.

### ЦЕЛЬ

Разработать критерии выбора варианта восстановительной сфинктеропластики у пациентов с анальной инконтиненцией на основании результатов аноректальной манометрии и профилометрии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основным методом диагностики анальной инконтиненции, помимо пальцевого исследования и проктографии, в нашем исследовании явилась аноректальная манометрия. Исследование проводилось на 12-тиканальной диагностической системе Polygraf ID (Швеция) компании Medtronic с помощью восьмиканального водно-перфузионного катетера. Манометрические датчики на конце катетера располагаются на одном уровне и ориентированы радиально в плоскости под углом 45 градусов. Основным тестом явилось протягивание (pull-through) катетера через ампулу и анальный канал прямой кишки с помощью пуллера со скоростью 1 см/сек. Глубина установки катетера для всех исследований стандартизована — 10 см, при этом датчик № 1 ориентирован в сторону копчика. Тест проводился для каждого пациента трижды: в условиях покоя, при волевом сокращении анального сфинктера и при натуживании. Показания датчиков катетера обрабатывались на компьютере с помощью программного обеспечения Polygraf net (tm) версии 3.1.1.419a в операционной системе Windows XP. Данная программа помимо цифровых показателей давления и построения манометрических кривых позволяет создавать трехмерную модель исследуемого участка на основании полученных результатов. Критериями недостаточности являлись давления покоя в области анального сфинктера менее 50 мм рт. ст. и/или прирост давления при волевом усилии менее 25 % от исходного. Для определения хирургической тактики учитывалась как степень выраженности манометрических отклонений, так и их протяженность и ориентация в пространстве. Оперативное лечение включало три варианта стандартных операций: сфинктеропластику — сшивание краев мышцы в месте разрыва или рубца бок-в-бок; леваторосфинктеропластику (переднюю или заднюю) — подшивание мышцы-леватора ануса к передней или задней полуокружности анального сфинктера и глютосфинктеропластику (левую и/или правую) — перекрестное подшивание волокон большой ягодичной мышцы с одной из сторон. Результаты оперативного лечения оценивались по субъективным критериям, а также с помощью контрольной аноректальной манометрии в ранние (до 6 мес.) и отдаленные (1 — 3 года) сроки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

С диагнозом анальной инконтиненции в отделение наблюдалось 22 пациента. Из них диагноз органической недостаточности анального сфинктера и показания к оперативному лечению были выявлены у 13 (11 женщин и 2 мужчин). Традиционная сфинктеропластика бок-в-бок назначалась при наличии нарушений в показателях лишь одного из датчиков и была выполнена у 3 пациентов. Леваторосфинктеропластика назначалась при наличии нарушений по 2 или 3 соседним датчикам, вариант пластики (передний или задний) определялся суммарным вектором ориентирования датчиков, в которых отмечалось нарушение, и была выполнена у 8 пациентов. Глютеосфинктеропластика назначалась при наличии нарушений по 4 и более датчикам и была выполнена у 2 пациентов. Вариант операции (правая или левая) определялся, как и при леваторосфинктеропластике, направлением суммарного вектора датчиков с нарушениями. Всем пациентам при выписке из стационара рекомендовалось выполнение лечебной гимнастики для тренировки наружного анального сфинктера.

Оценку результатов лечения проводили на основании оценки субъективных жалоб и динамики показателей аноректальной манометрии. В ранние сроки (до 6 мес.) результаты оперативного лечения были оценены как хорошие (восстановление функциональных показателей анального сфинктера, отсутствие субъективных жалоб) у 11 (84,6 %) пациентов, удовлетворительные (сохранение некоторых субъективных жалоб или сила волевого сокращения анального сфинктера менее 25 % не более чем по 1 датчику) у остальных 2 (15,4 %) пациентов. Неудовлетворительных результатов отмечено не было.

Двум пациентам с удовлетворительным результатом в ранние сроки после операции дополнительно проводились курсы консервативной терапии с использованием капсулы АЭС ЖКТ на гибком проводнике, что позволило улучшить субъективные и объективные показатели к моменту очередного контрольного исследования. Таким образом, в отдаленные сроки (1 – 3 года после операции) результаты лечения всех 13 пациентов были расценены как хорошие.

**ВЫВОДЫ**

Использование аноректальной манометрии и профилометрии, в частности, при анальной инконтиненции позволяет выбрать адекватный вариант оперативного пособия и обеспечить хороший и стойкий эффект лечения.

**Р.С. Лобачев**

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КУЛЬТЫ ЖЕЛУДКА  
ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)*

Заболеваемость язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в Российской Федерации по-прежнему, не имеет тенденции к снижению. Одним из самых эффективных методов оперативного лечения язвенной болезни является дистальная резекция желудка в различных модификациях. Несмотря на внедрение в клиническую практику разнообразных способов резекции желудка, уже описаны свыше 60 различных пострезекционных синдромов, которые омрачают результаты хирургического лечения. Основную пусковую причину их развития многие исследователи видят в утрате антрального отдела и привратника.

Разработанные и внедренные в практику арефлюксные анастомозы после дистальной резекции желудка по поводу гастродуоденальных язв, позволяет восстановить арефлюксную функцию утраченного клапанного аппарата и создать условия для нормального продвижения пищи по пищеварительному тракту.

Применение комплексных объективных методов обследования позволяет значительно повысить эффективность диагностики и расширить представление о патогенетических механизмах развития послеоперационных осложнений.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

При помощи комплекса объективных методов обследования изучить динамику изменений структуры и функции культи желудка у пациентов после дистальных резекций желудка по Billroth I по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне различных модификаций формирования гастродуоденоанастомоза.

Работа основывается на результатах комплексного клинического обследования 235 больных в различные сроки после оперативного лечения по поводу дуоденальных язв (187 мужчин и 48 женщин в возрасте от 18 до 69 лет). Средний возраст —  $50 \pm 3$  года.