

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на аппарате Polygraf 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°. Основным тестом явилось протягивание 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 2000. Данная программа помимо цифровых показателей давления и построения манометрических кривых позволяет создавать трехмерную модель исследуемого участка на основании полученных данных. 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, леваторосфинктеропластику и глутеосфинктеропластику. 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. Глутеосфинктеропластика 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.

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.

ВЫВОДЫ

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

В.В. Кришталь, А.В. Гурулев, И.Ю. Кокотов, Ю.В. Потемкин

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЛЕОЦИКАЛЬНОГО КЛАПАНА

Городская клиническая больница № 1 (г. Чита)

По меткому выражению Я.Д. Витебского (1999), желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) — это дорога с односторонним движением. Любое встречное движение по такой дороге — это путь к аварии. Такую односторонность в ЖКТ обуславливают ряд клапанов, которые делятся на две группы: абсолютного и относительного действия. Клапаны абсолютного действия в норме всегда пропускают содержимое из вышележащих отделов в нижележащие. Движение содержимого в обратном направлении (это будет считаться рефлюксом) обязательно вызовет патологию.

Одну из ведущих ролей в пищеварительной системе мы отводим илеоцекальному запирательному аппарату, разграничивающему функции тонкой и толстой кишок, изолирующему тонкую кишку от рефлюкса толстокишечного содержимого, который резко отличается по химическому составу, физическо-

му состоянию и бактериальному спектру. Особенно рельефно выявляется при развитии илеоцекальной клапанной недостаточности.

В результате несостоятельности баугиниевой заслонки происходит заброс миллиардов микробов толстой кишки в тонкую, наступает «колонизация» тонкой кишки аллохтонными (чужеродными) микроорганизмами, что приводит к развитию в тонкой кишке гнилостных и бродильных процессов. Продукты жизнедеятельности микроорганизмов — индол, фенол, крезол, скатол, пирокатехин, карболовая кислота, сероводород, меркаптан, этан, метан и т.д. — поражают слизистую оболочку тонкой кишки и, всасываясь в кровь, вызывают явления аутоинтоксикации. Эти метаболиты не могут быть достаточно детоксицированы, особенно при заболеваниях печени. Токсическими, инвазивными и нередко некротическими свойствами микробы способствуют разрушению кишечной стенки, а также дистрофическим, деструктивным и некротическим изменениям слизистой оболочки. При этом нарушается барьерная роль кишечной стенки. Кишечник становится входными воротами инфекции, о чем свидетельствует неспецифическая бактериемия у больных с кишечным дисбактериозом и формирование очагов эндогенной инфекции. Лимфоидная ткань по ходу ЖКТ также страдает в результате хронизации процесса, а следствием этого является дефицит иммуноглобулинов А и М. Организм становится менее защищенным перед микробной агрессией.

Диагностика илеоцекальной клапанной недостаточности основывается на жалобах больного, что проявляется определенным симптомокомплексом (схваткообразных болях в правой подвздошной и околопупочной областях, вздутии живота, тошноте, рвоте, поносе, чередующимся с запором), данными лабораторного, рентгенологического исследований и подтверждается результатами операционной ревизии. Литературные данные и наш собственный опыт позволяют утверждать, что основным методом рентгенологического исследования заслонки является заполнение толстой кишки с помощью бауриевой клизмы при условии, что в процессе исследования производятся не только обзорные, но и прицельные снимки с дозированной компрессией.

На базе Городской клинической больницы № 1 в период 2003 — 2006 гг. было выполнено 69 операций по поводу недостаточности баугиниевой заслонки. Операции технически просты, проводятся без вскрытия просвета пищеварительного тракта, что делает их практически безопасными. Послеоперационных осложнений не было.

При контрольных рентгенологических исследованиях через 6, 12, 24 месяца недостаточности баугиниевой заслонки у прооперированных больных не выявлено. Симптомы болезни не проявляются.

Таким образом, хирургическая коррекция илеоцекального клапана обеспечивает нормальное функционирование баугиниевой заслонки, предотвращает рефлюкс-илеит и возвращает больного к нормальной жизни.

И.А. Куклин, Е.Г. Григорьев, В.Г. Лалетин, В.Н. Зеленин

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)
ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)**

Лучевая терапия в самостоятельном варианте и в комбинации с другими методами значительно улучшает возможности лечения злокачественных образований. Однако в ряде случаев облучение сопровождается появлением местных осложнений. Местное лучевое повреждение развивается в результате воздействия на ограниченный участок поверхности тела ионизирующего излучения в дозах, превышающих толерантную. Возможными причинами образования лучевых повреждений могла быть в некоторых случаях погрешность в методике проведения лучевой терапии, перекрытие полей облучения, либо завышение дозы облучения у больных с тонким подкожным жировым слоем. В результате в тканях развиваются функциональные и морфологические изменения с последующей ишемизацией облученных тканей и их некрозом. Особенностью этих повреждений является то, что с течением времени тяжесть их может усугубляться. Ситуация осложняется злостной полиморфной микрофлорой, содержащейся в поврежденных тканях, которые теряют способность противостоять бактериальному загрязнению.

С 1996 по 2003 гг. мы наблюдали 11 пациенток с подобными повреждениями после лечения рака молочной железы (РМЖ). Возраст их составил от 41 до 64 лет (медиана — 54). У двух пациенток рак молочной железы был двусторонний метастазный. По стадиям процесса распределение было таким: T1N0M0 — в 1 случае, T2N0M0 — в 3 случаях, T2N1M0 — в 5, T2N2M0 — в 1, T3N2M0 — в 2. В одном случае на коже нижней части сохраненной молочной железы после радикальной резекции и последу-