

При анализе данных о поступлении лиц БОМЖ в инфекционные и хирургические отделения г. Саратова с начала 2013 г. выяснилось, что большинство доставлялось в алкогольном опьянении (40%), с острыми респираторными заболеваниями (17.5%), в зимний период — с обморожениями 2-й и 3-й степеней (15%).

По итогам проведенного опроса, 33% студентов негативно относятся к лицам группы БОМЖ и только 28% положительно. 72% респондентов полагают, что проблема социально неблагополучных граждан в настоящее время недостаточно отражена в СМИ и требует своего решения на государственном уровне.

На вопрос, имеют ли моральное право бомжи на свободный доступ к медицинским услугам, 58% опрошенных ответили, что, безусловно, имеют, а 69% думают, что при сложных обстоятельствах, в т.ч. жизнеугрожающих, так называемые «неблагополучные» люди могут рассчитывать на применение для их полноценного излечения современных биомедицинских технологий.

Но готовы ли сами будущие врачи в любых условиях оказать помощь и, возможно, спасти жизнь жителю улицы? Положительно ответили только 53% студентов и 17% — отрицательно. При этом для оптимизации социальной и медицинской поддержки бомжующего населения студенты предложили создавать специализированные отделения, стационары для бомжей, организовать работу передвижных пунктов оказания медицинской помощи, обеспечить реализацию социальных программ с медобслуживанием.

Обсуждение. Такой неопределенной предстала перед нами «этическая оправа» современного высокотехнологичного, информационного общества XXI столетия. И эта «оправа» не трансцендентна, не «по ту сторону добра и зла», она реальна и особенно остро ощущаема... Возможно, явление бомжовства имеет в своем корне элемент экзистенциальной отчужденности (учитывая смыслоутрату собственного существования представителей данной социальной группы), а также отчужденности и со стороны окружающих «вышерасположенных». Однако при постановке исследовательских задач мы стремились рассмотреть не только причины феномена ачеловечности, но и следствия, напрямую зависящие от отношения обществу, что, в свою очередь, определяет уровень духовного и физического здоровья лиц БОМЖ.

По мнению главного врача Саратовского центра термических поражений Н.В. Островского, люди БОМЖ достойны высокого уровня медицинской помощи, как и все другие члены общества. Сам Ни-

колай Владимирович всячески старается помогать бомжам в плане медицинской, социально-бытовой и человеческой помощи. Основная проблема на сегодняшний день, как он полагает, состоит в недостаточном финансировании государством «причинных мест» в медицине, касающихся обслуживания населения, расстановки приоритетов среди медицинских нужд.

Заключение. Во многих прогрессивных странах функционируют общества помощи бездомным, организованные как в рамках социальной программы, так и волонтерами (Homeless Health Practitioner, National Coalition for the Homeless...). К сожалению, этого нет в России. У нас этого стесняются, пренебрегают. Открытые учреждения социальной помощи не решают данной проблемы опять же из-за *человеческого фактора!* Поэтому, на наш взгляд, *общая человечность складывается из отношения каждого*, тогда как каждый может оказаться перед общим, *каждый может участвовать не только в решении своей судьбы, но и в участии ближнего*, руководствуясь актуальным во все времена золотым правилом нравственности: *«Поступай с другими так, как бы ты хотел, чтобы поступали с тобой»...*

Можно сказать, что *исследованное нами положение «неблагополучных» лиц является своеобразным индикатором не только «качества» уличной среды, но и моральной зрелости, нравственного сознания общества.* Одним словом, достижения в области биотехнологий характеризуют «человечность» людей «сверху», а положение социально «опущенных» — снизу. То есть совершенно очевидна ситуация *социального, морально-этического и нравственного отчуждения.* Отсюда не будет бессмысленной наша расшифровка понятия «БОМЖ»: *Беспристрастный Определитель Моральной Жадности.*

References (Литература)

1. Order of Health service and social development department RF от 28th February 2011. № 158н «About rules ratification of obligatory medical insurance». М., 2011. Russia (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»). М., 2011.
2. Letter of Federal fund of obligatory medical insurance from 28th march 2012. № 1135/30-1. М., 2012. Russia (Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 марта 2012 г. № 1135/30-1). М., 2012.
3. Vlasov VV, Danishevskij KD, Kornysheva EA, Saverskij AV. Independent report about access to medical help for poors and representatives of another vulnerable groups in Russian Federation. М., 2012; p. 37-45, Russia (Власов В.В., Данишевский К.Д., Корнышева Е.А., Саверский А.В.. Независимый доклад о доступности медицинской помощи для бедных и представителей других уязвимых групп в Российской Федерации. М., 2012; с. 37-45).

УДК 616.361-089

Оригинальная статья

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Л.В. Студеникин — ГБОУ ВПО «Южно-Уральский ГМУ» Минздрава России, кафедра факультетской хирургии, клинический ординатор; **И.Я. Бондаревский** — ГБОУ ВПО «Южно-Уральский ГМУ» Минздрава России, профессор кафедры факультетской хирургии, доцент, доктор медицинских наук.

PROPHYLAXIS OF DUODENAL DYSKINESIA IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

L. V. Studenikin — South Ural State Medical University, Department of Faculty Surgery; **I. Ya. Bondarevsky** — South Ural State Medical University, Department of Faculty Surgery, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 17.04.2014 г.

Дата принятия в печать — 27.05.2014 г.

Студеникин Л. В., Бондаревский И. Я. Профилактика хронических нарушений дуоденальной проходимости при лапароскопической холецистэктомии. Саратовский научно-медицинский журнал 2014; 10(2): 342–345.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с желчекаменной болезнью. **Материал и методы.** Всего обследованы 64 человека перед плановой холецистэктомией. Определялся уровень желчных кислот в сыворотке крови до и после лапароскопической холецистэктомии. При повышенном уровне желчных кислот проводилась рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки для определения степени выраженности дискинезии двенадцатиперстной кишки. Оценка дискинезии осуществлялась согласно классификации Я. Д. Витебского. При доказанной лабораторно и рентгенологически дискинезии лапароскопическую холецистэктомию у 9 пациентов дополнили мобилизацией дуоденоюнального перехода без пересечения связки Трейца (операция Клермона). Оценку качества жизни на 30-е сутки после операции проводили с помощью унифицированного опросника GSRS, с последующей статистической обработкой. **Результаты.** Лапароскопическая холецистэктомия, дополненная симультантной операцией Клермона, улучшает качество жизни у пациентов с желчнокаменной болезнью и дискинезией двенадцатиперстной кишки, является малоинвазивным и достаточно эффективным методом профилактики постхолецистэтомических осложнений. **Заключение.** Предложенная методика эффективна, но малое количество наблюдений и отсутствие отсроченных результатов не позволяют сделать окончательные выводы. Исследование продолжается.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, дискинезия двенадцатиперстной кишки.

Studenikin LV, Bondarevsky IYa. Prophylaxis of duodenal dyskinesia in laparoscopic cholecystectomy. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2014; 10(2): 342–345.

Objective: to improve surgical intervention outcomes in patients with cholelithiasis. **Material and method.** Sixty four patients were investigated before the elective cholecystectomy. The level of bile acids in the blood serum was determined before and after laparoscopic cholecystectomy. In case of the elevated level of bile acids gastric and duodenal radiography was performed to determine the degree of duodenal dyskinesia. Dyskinesia assessment was carried out according to the classification of Ya. D. Vitebsky. Dyskinesia was verified by laboratory and X-ray studies in 9 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy supplemented with mobilization of duodenojejunal junction without dissection of Treitz ligament (Clermont operation). Life quality evaluation was performed in 30 days after the surgical intervention using the unified GSRS questionnaire followed by statistical treatment. **Results.** Laparoscopic cholecystectomy performed simultaneously with Clermont procedure improved the life quality of patients with cholelithiasis and duodenal dyskinesia. This method is considered to be minimally invasive and rather effective in prevention of post-cholecystectomy complications. **Conclusion.** The suggested method proved to be effective, but insufficient number of the observed cases and the lack of long-term data demand the continuation of the study.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, duodenal dyskinesia.

Введение. Холецистэктомия (ХЭ) — вторая по распространенности в мире операция после аппендэктомии. Не менее 70% холецистэктомий в настоящее время выполняются эндоскопическим методом [1]. Результаты хирургического лечения холецистолитаза, как наиболее частого проявления желчнокаменной болезни (ЖКБ), нельзя считать абсолютно удовлетворительными, т.к. частота постхолецистэтомических осложнений достигает 40% и более [2, 3, 4]. Некоторые из них связаны с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости (ХНДП), нераспознанными до операции и которые могут быть устранены во время вмешательства [5].

Методы дооперационной диагностики ХНДП можно разделить на эндоскопические, рентгенологические и лабораторные. К первой группе относятся позтажная манометрия, фиброззофагогастродуоденоскопия. Рентгенологические методы: обзорная дуоденография с зондом; контрастное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, дуоденография в условиях искусственной гипотонии. Перечисленные методы связаны с использованием специальной медицинской аппаратуры, часть которой имеется только в крупных специализированных лечебных учреждениях. Их проведение чаще всего доставляет дискомфорт пациенту и поэтому используется ограниченно. Лабораторные методы диагностики дискинезии двенадцатиперстной

кишки включают в себя исследование желудочного содержимого, определение уровня желчных кислот в сыворотке крови.

Консервативное лечение дискинезии двенадцатиперстной кишки подразумевает постоянный прием лекарственных препаратов, соблюдение диеты и режима питания; зачастую имеет недолгосрочный эффект. Оперативные способы коррекции в виде операций Грегори — Смирнова, Робинсона, Витебского, Стронга [5] связаны с лапаротомией, масштабным хирургическим вмешательством, а потому мало используются из-за распространения видеоэндоскопической хирургии.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с ЖКБ.

Материал и методы. Исследование проводилось с сентября 2013 г. по март 2014 г. Всего обследованы 64 человека, госпитализированных в общехирургическое отделение стационара НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»» для плановой лапароскопической ХЭ по поводу холецистолитаза. У 40 человек (группа сравнения) определялся уровень желчных кислот натощак до операции и на 3-и сутки после ХЭ. Серологическое исследование проводилось с помощью стандартных реактивов на аппарате Sapphire-400 производства TOKYO BOEKI (Япония). При повышенных показателях (желчные кислоты суммарно: норма 2–10 мкмоль/л) до операции у 24 человек проводилось рентгеноскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки согласно общепринятым правилам [6] с использованием 250,0 мл контрастной смеси «БарВИПС». Трак-

Ответственный автор — Студеникин Лев Викторович
Тел. (сот): +79080457238.
E-mail: Chirurgus_vagus@mail.ru

Уровень суммарных желчных кислот, мкмоль/л

Кратность повышения	Основная группа (n= 9)		Группа сравнения (n= 40)	
	До операции	После операции	До операции	После операции
Норма	0	5,6±1,1 (n= 7)	6,2±0,9 (n=2)	5,9 (n=1)
p< 0,05				
До 5 норм	37,4± 6,8 (n=3)	29,4± 3,4 (n=2)	39,3± 4,9 (n=18)	27,8± 3,1 (n=19)
p> 0,05				
От 5 до10 норм	75,6± 3,2 (n=4)	0	74,9± 5,1 (n=16)	62,3± 4,7 (n=16)
p<0,05				
Больше 10 норм	220,5± 113,9 (n=2)	0	205,7± 98,4 (n=4)	187,2± 118,5 (n=4)
p<0,05				
Всего повышено	100 % (n=9)	22,2% (n=2)	95% (n=38)	97,5% (n=39)

Примечание: норма суммарных желчных кислот 2–10 мкмоль/л.

товка результатов рентгеноскопии проводилась согласно классификации Я. Д. Витебского с соавторами [7]. При наличии совокупного лабораторного и рентгенологического подтверждения ХНДП 9 пациентам (группа исследования) во время лапароскопической ХЭ была выполнена симультантная мобилизация дуоденоюнального перехода (операция Клермона) [8] с помощью стандартного набора эндохиргических инструментов, используемых при холецистэктомиях. Оценка качества жизни проводилась через месяц после оперативного лечения с помощью русскоязычной версии опросника GSRS, рекомендованного Межнациональным центром изучения качества жизни (МЦИКЖ), повторного определения уровня желчных кислот и проведения рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки. Статистическая обработка результатов опроса проводилась с помощью программы StatSoft Statistica v.6.0, с использованием критерия Манна-Уитни.

Исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования одобрен Этическим комитетом участвующего клинического центра ка-

федры факультетской хирургии ЮУГМУ Минздрава России, НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»». До включения в исследование у всех участников получено письменное информированное согласие.

Результаты. В группе сравнения уровень желчных кислот до операции был повышен у 38 человек (95%), после операции — у 39 человек (97,5%). В группе исследования отмечено снижение уровня желчных кислот после лапароскопической ХЭ, дополненной операцией Клермона, по сравнению с результатами анализа до операции. Соотношение полученных результатов представлено в таблице.

В группе исследования после хирургического лечения повышение уровня желчных кислот в 5 раз зафиксировано в 2 случаях. При этом не выявлено статистически значимых различий с группой сравнения. В остальных случаях при исходно повышенном содержании желчных кислот стандартная холецистэктомия приводила к снижению их уровня после операции, но при этом зафиксированы статистически значимые различия с группой исследования, в которой после операции уровень желчных кислот нормализовался. Рентгенологические признаки дис-

Данные рентгеноскопии

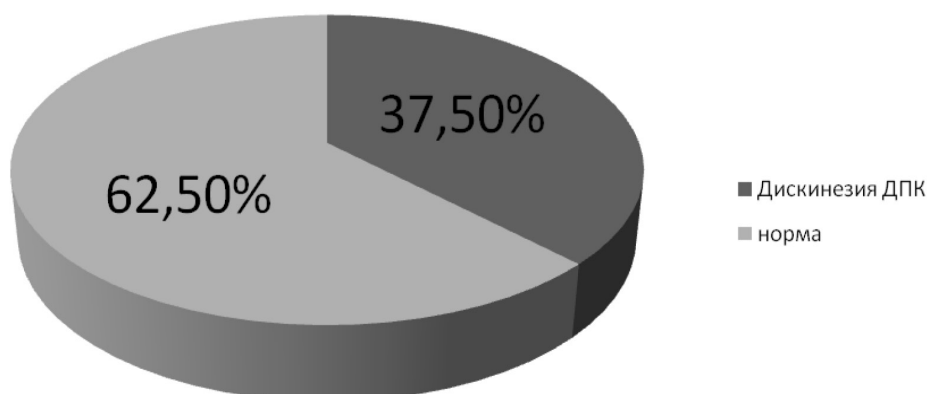
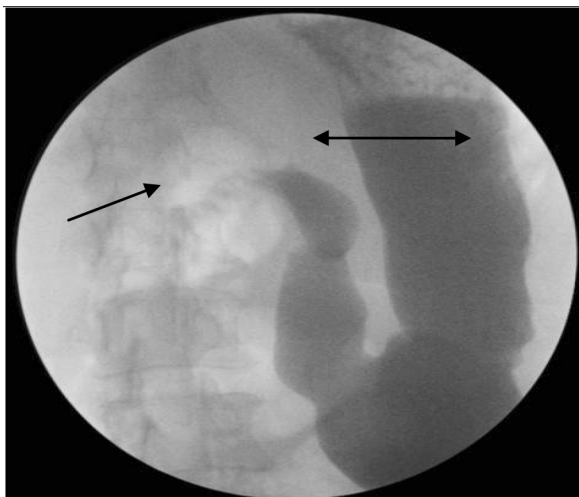


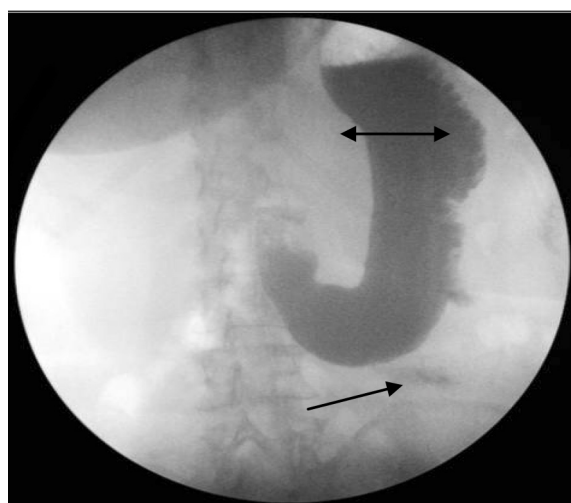
Рис. 1. Данные рентгеноскопии желудка и 12-перстной кишки перед лапароскопической холецистэктомией

Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки до хирургического лечения



Расширение желудка (верхн. стрелка), замедление эвакуации из желудка в течение 90 секунд (нижн. стрелка). Хроническое нарушение дуоденальной проходимости 2 степени по Я. Д. Витебскому, 1985.

Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки через 30 суток после хирургического лечения



Уменьшение размеров желудка (верхн. стрелка), пассаж бария по тонкому кишечнику в первые 20 секунд (нижн. стрелка). Норма.

Рис. 2. Пример рентгенологического исследования

кинезии двенадцатиперстной кишки отмечены в 37,5% случаев (рис. 1). В течение 30 суток после ХЭ рентгенологические признаки ХНДП сохранялись и сопровождались клиническими проявлениями. Клинические проявления включали в себя тяжесть или дискомфорт в верхних отделах живота после приема пищи, отрыжку содержимым желудка, изжогу.

У 9 пациентов после лапароскопической ХЭ, дополненной симультантной операцией Клермона, клиническая и рентгенологическая симптоматика ХНДП в послеоперационном периоде отсутствовала (рис. 2), отмечалось улучшение качества жизни по сравнению с остальными пациентами.

Обсуждение. Определение уровня желчных кислот может использоваться как скрининговый метод для выявления нарушений моторики двенадцатиперстной кишки. Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки является неинвазивной процедурой, легко переносится пациентами и позволяет достоверно установить ХНДП. При повышении уровня желчных кислот в 5 и более раз холецистэктомия, дополненная симультантной операцией Клермона, приводит к статистически значимому уменьшению их уровня после оперативного лечения, по сравнению с результатами стандартной лапароскопической холецистэктомии. Симультантная мобилизация дуоденоюнального перехода во время эндоскопической холецистэктомии сопровождается хорошими клиническими и рентгенологическими результатами.

Заключение. Предложенный комплекс диагностики и хирургической коррекции ХНДП является эффективным способом профилактики ПХЭС у пациентов, оперированных по поводу холецистолитиаза. Малое количество наблюдений не позволяет сделать окончательных выводов, но предварительные результаты заслуживают внимания и дальнейшего изучения.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Vinnik JuS, Miller SV, Serova EV, et al. Cholelithiasis and post-cholecystectomy syndrome. Krasnojarsk: Verso, 2010; 234 p. Russian (Винник Ю.С., Миллер С. В., Серова Е.В. и др. Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром. Красноярск: Версо, 2010; 234 с.)
2. Shherbinina MB. Modern classification of cholelithiasis. Health of the Ukraine: gastroenterology 2011; (4): 22–23. Russian (Щербинина М. Б. Современная классификация желчнокаменной болезни. Здоровье Украины: гастроэнтерология 2011; (4): 22–23.)
3. Nechaj AI. Post-cholecystectomy syndrome. Annals of surgical Hepatology 2006; (1): 28–33. Russian (Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром. Анналы хирургической гепатологии 2006; (1): 28–33.)
4. Skvorcova Tje, et al. Cholelithiasis: current approaches to diagnosis, treatment and prevention: manual for the physicians. M.: Forte-print, 2013; 32 p. Russian (Скворцова Т.Э. и др. Желчнокаменная болезнь: современные подходы к диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей. М.: Форте-принт, 2013; 32 с.)
5. Vitebskij JaD. Pathology of bile ducts from the point of view of valvular gastroenterology. Kurgan: Zaural'e, 1993; 129 p. Russian (Витебский Я.Д. Патология желчных путей в свете клапанной гастроэнтерологии. Курган: Зауралье, 1993; 129 с.)
6. Radiologic diagnostics: manual / pod red. prof. GE Trufanova. M.: GJeOTAR-Media, 2013; 496 p. Russian (Лучевая диагностика: учебник / под ред. проф. Г.Е. Труфанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; 496 с.)
7. Vitebskij JaD, Kuvyrzin VV. Radiologic diagnostics of chronic duodenal obstruction: Methodological recommendations. Kurgan: Sovetskoe Zaural'e, 1985; 24 p. Russian (Витебский Я.Д., Кувырзин В.В. Рентгенологическая диагностика хронических нарушений дуоденальной проходимости: методические рекомендации. Курган: Советское Зауралье, 1985; 24 с.)
8. Matjashin IM, Gluzman AM. Reference book of surgical interventions. Kiev: Zdorov'e, 1979; 312 p. Russian (Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. Киев: Здоровье, 1979; 312 с.)