

## К ВОПРОСУ ВЛИЯНИЯ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

*НИИ гастроэнтерологии СГМУ (Северск)*

**Цель исследования** заключалась в изучении функции желчевыделительной системы после резекции желудка по Billroth I при различных вариантах формирования гастродуоденоанастомоза.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Функция желчного пузыря была изучена у 55 больных после резекции 1/2 желудка по Billroth I с формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза. В качестве группы сравнения были взяты 30 пациентов после операции Billroth I с «прямым» гастродуоденоанастомозом. Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате АЛОКА SSD 2000 с использованием конвексного датчика 3,5 МГц. Объем желчного пузыря натощак и каждые 10 мин рассчитывали по формуле:  $V = 0,523 \times d^2 \times h$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе нарушения моторной функции желчного пузыря были выявлены у 14 (25,5 %) пациентов, в том числе у 6 (10,9 %) отмечена гипермоторика, а у 8 (14,6 %) — гипомоторная дискинезия. При этом характерным было сочетание гипермоторной дискинезии с замедленным опорожнением культи желудка и ДПК, что чаще всего наблюдалось в раннем послеоперационном периоде. Напротив, гипермоторная дискинезия чаще встре-

чалась у пациентов с гипермоторикой культи желудка и ДПК в отдаленные сроки после операции. После резекции желудка по Billroth I с прямым гастродуоденоанастомозом в большинстве случаев (80 %) пищевой раздражитель, вследствие отсутствия замыкательной функции выходного отдела культи желудка, почти тот час же практически непрерывно поступает в ДПК. В результате форсированного поступления необработанной пищи в дуоденум и неадекватного раздражения нейрондокринных клеток кишки, преобладает гипермоторный тип дискинезии желчного пузыря (85 %), о чем свидетельствуют укорочение латентного периода желчевыделения в среднем до  $3,2 \pm 0,8$  мин. и усиленная мощность сокращения в данной группе —  $0,4 \pm 0,04$  см<sup>3</sup>/мин.

Таким образом, операция формирования пилороподобного гастродуоденоанастомоза создает лучшие условия для нормализующего влияния естественных пищевых раздражителей, что в значительно меньшей степени нарушает содружественную работу единой гепатопанкреатодуоденальной системы. Формируемый инвагинационно-клапанный гастродуоденоанастомоз обеспечивает равномерное, порционное поступление пищи из культи желудка в ДПК, что благотворно сказывается на функции билиарного дерева.

**М.П. Рябов, А.Д. Быков**

## СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ И ПУТИ ЕЕ УЛУЧШЕНИЯ

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

В республике многое сделано для улучшения качества квалифицированной и специализированной помощи больным с хирургической патологией как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах.

На 10 000 населения приходится 13 коек хирургического профиля, в том числе общехирургических и травматологических. Урологические составили — 0,88; нейрохирургические — 0,49; хирургические торакальные — 0,29; сердечно-сосудистые — 0,39; реанимационные — 0,6. Обеспеченность врачами в 2004 г. составила 4,1 на 10 000 населения. Работают 76 (20,4 %) врачей хирурги-

ческого профиля. Аттестованы 67 (88,15 %) врачей-хирургов, из них 61 врач имеет высшую и первую квалификационные категории. 3 хирурга имеют ученую степень доктора медицинских наук и 11 — кандидата медицинских наук.

Несмотря на экономические трудности, проводится реконструкция зданий лечебного учреждения, строятся новые корпуса РКБ, улучшается ее материальная база и оснащенность новейшей диагностической, лечебной аппаратурой и оборудованием.

В хирургическую практику внедряются новые современные направления: микрохирургия, ре-

конструктивно-пластические и органосохраняющие операции, гравитационная хирургия крови (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез).

За 2004 г. в хирургических стационарах было выполнено 8901 оперативное вмешательство, из них по экстренным показаниям сделано 2574 операций. Послеоперационные осложнения имели место у 37 (0,5 %) больных. После плановых операций осложнения отмечены у 17 (0,33 %) больных.

Послеоперационная летальность составила 1,56 % (умерло 117), в том числе после плановых операций – 0,29 %, после экстренных – 4,5 %.

Ведущее место в практической деятельности хирургов занимает хирургическая помощь больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (642), которые составляют 45,1 % всех госпитализированных в общехирургическое отделение, 404 (28,4 %) из них произведены оперативные вмешательства на органах живота, а 317 (34,2 %) были прооперированы по поводу черепно-мозговой травмы.

Зависимость исходов лечения больных с острой хирургической патологией и черепно-мозговой травмой от сроков госпитализации с момента заболевания (травмы) общеизвестна. Вместе с тем, за последние 5 лет сроки доставки экстренных больных изменились мало и даже несколько увеличились.

Позднее обращение за медицинской помощью, особенно с острыми болями в животе, отражает недостаточный уровень медицинской пропаганды среди населения.

С целью улучшения результатов лечения в РКБ систематически проводится обучение, разбираются диагностические и тактические ошибки. Продолжается работа по повышению квалификации хирургов на центральных базах.

Важную работу по оказанию неотложной хирургической помощи осуществляет служба санитарной авиации (начальник службы А.Д. Шапоренко). В последнее время установилось правило – тяжелобольных эвакуировать в РКБ.

С целью повышения качества лечения хирургических больных, уменьшения количества осложнений и летальности кафедра госпитальной хирургии БГУ проводит единую тактику в вопросах организации хирургической службы РКБ, диагностики и лечения больных с плановой и острой хирургической патологией и травмой.

Министерство здравоохранения Республики Бурятия, Республиканская клиническая больница совместно с кафедрой хирургии БГУ выпустили в достаточном количестве учебно-методические пособия, информационные письма по лечению больных, стандарты лечения и уделяют внимание организации и совершенствованию специализированной хирургической помощи в Республике Бурятия.

Республиканская клиническая больница – это не только больница, это клиника, лечебный, научный, учебный, консультативный центр со специализированными отделениями. Актуальным остается вопрос улучшения помощи больным с гнойно-воспалительными заболеваниями и осложнениями. Проблемой являются вопросы кардиохирургии, трансплантации, эндохирургии.

**Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов**

## ПЕРВИЧНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Областная клиническая больница (Чита)*

*Читинская государственная медицинская академия (Чита)*

Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, значительное число больных с заболеваниями и травмами ободочной кишки поступает в клинику с наличием осложнений. Несомненно, формирование кишечной стомы позволяет спасти жизнь больного, однако отдалает этап удаления основного заболевания. В то же время в литературе последних лет появились работы, показывающие возможность выполнения первичных резекций ободочной кишки даже при наличии осложнений.

Отделение колопроктологии Читинской областной клинической больницы имеет опыт выполнения 330 таких операций за период 1994 – 2002 гг. Среди наблюдавшихся больных было 49 % мужчин и 51 % женщин в возрасте от 32 до 85 лет.

На первом месте по численности – больные, оперированные по поводу осложненного рака ободочной кишки (199 больных –  $60,3 \pm 2,69$  %). Наиболее частым осложнением рака являлась толстокишечная непроходимость (164 пациента –  $49,7 \pm 2,75$  %), перфорация кишки случилась у 35-ти больных ( $10,6 \pm 1,69$  %). На втором месте – дивертикулярная болезнь ободочной кишки (46 больных –  $13,9 \pm 1,9$  %). Из осложнений преобладал паракишечный инфильтрат, сопровождавшийся кишечной непроходимостью (24 больных –  $7,2 \pm 1,43$  %), перфорация дивертикула стала причиной операции у 22 человек ( $6,6 \pm 1,37$  %). Заворот сигмовидной кишки был встречен у 34 больных ( $10,3 \pm 1,67$  %) и всегда сопровождался острой странгуляционной толстокишечной непроходимостью. Осложненные вос-