

гастростомии. На операции выявлено неплотное прилегание стенки желудка к передней брюшной стенке в зоне гастростомы. В 3 случаях отмечалось появление небольшого кожного пролежня под кольцом-уплотнителем. После уменьшения компрессии дефекты кожи закрылись. В 1 случае у пациента с трахеопищеводным свищем, на фоне длительной компрессии отмечена миграция гастростомической трубки под слизистую желудка, а затем под апоневроз с полным самостоятельным закрытием дефекта стенки желудка. В этом случае, учитывая закрытие свища, гастростома была удалена.

Мазурин В. С., Прищепо М. И., Титов А. Г., Кригер П. А., Шестаковская Е. Е., Фролов А. В., Подлеских М. Н. МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, Москва, Россия, e-mail: AGTitov@mail.ru

Лечение ущемленных диафрагмальных грыж

Цель исследования: улучшение результатов лечения ущемленных диафрагмальных грыж.

За период с 1995 г. по 2014 г. в хирургическом торакальном отделении МОНИКИ проходили лечение 12 больных с диагнозом «ущемленная диафрагмальная грыжа». Время до постановки диагноза — в среднем (4±1) дня. У 7 больных выявлена посттравматическая грыжа левого купола диафрагмы, у 3 — параэзофагеальная, у 2 больных была ущемленная рецидивная грыжа ПОД. У всех больных был ущемлен желудок, у 5 — ободочная кишка и большой сальник и у 1 — селезенка. «Свежая» травма наблюдалась у 2 (3 и 7 дней), остальные поступили в сроки от 2 до 12 лет с момента травмы. Во время операции выявлен некроз стенки ущемленных органов у 5 пациентов, что потребовало выполнить резекцию пищевода в 1 случае, в 3 — желудка и в 1 — толстой кишки; у 1 больного

Выводы. Пункционная гастростомия под ЭГДС-контролем является хорошей альтернативой традиционной операции у больных с дисфагией при условии сохраняющейся проходимости пищевода для эндоскопа, однако данная методика не лишена возможных осложнений. Для снижения вероятности осложнений целесообразно выполнять УЗ-разметку нижнего края печени на брюшной стенке непосредственно перед операцией и сохранять компрессию гастростомы не менее 3–5 дней с последующим уменьшением давления уплотнителя.

выполнено погружение линии некроза на желудке узловыми серозно-мышечными швами, у 2 — выполнено ушивание перфораций в желудке после попытки дренирования. В послеоперационном периоде умерли 3 больных.

Выводы. 1. Ущемленные диафрагмальные грыжи — редкая патология, представляющая большие сложности в диагностике. 2. При ущемленной диафрагмальной грыже показано экстренное хирургическое лечение в объеме ликвидации грыжи и пластики грыжевых ворот. 3. При ущемленной диафрагмальной грыже оптимальным доступом является срединная лапаротомия, при которой возможно выполнение резекционных операций. 4. При операциях по поводу больших кардиофундальных грыж рекомендовано выполнение адекватной круорографии и фиксации манжеты к диафрагме. 5. Результат лечения зависит от длительности заболевания.

Минушкин О. Н., Масловский Л. В., Шулешова А. Г., Назаров Н. С. УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

Урсодеоксихолевая кислота в поддерживающей терапии ГЭРБ у больных с резекцией желудка или гастрэктомией

Цель исследования: определить эффективную дозу препарата урсодеоксихолевой кислоты для поддерживающей терапии рефлюкс-эзофагита у больных с резекцией желудка или гастрэктомией.

Материал и методы. К исследованию приняты 25 пациентов (мужчин 13, женщин 12) после окончания 4–6-месячного курсового лечения препаратом УДХК в стадии клинко-эндоскопической ремиссии. Средний возраст больных составил (65,2±10,0) года, 12 перенесли гастрэктомию, 13 — резекцию желудка. Больные 1-й группы (n=12) получали препарат в дозе 2,5 мг/кг/сутки; пациенты 2-й группы (n=13) — 5 мг/кг/сутки в течение 2 месяцев. Исходно, на 28-й и 56-й день поддерживающей терапии проводилась ЭГДС, по десятибалльной шкале оценивалась степень выраженности клинических проявлений и качество жизни по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты. В 1-й группе наблюдали возникновение изжоги у 16,7% (2 чел.) пациентов на 28-й

день и у 58,3% (7 чел.) пациентов на 56-й день. Степень выраженности изжоги возросла с 0 до (4,9±0,9) балла (56-й день). К 56-му дню лечения у 25% больных 1-й группы наблюдалась отрицательная динамика эндоскопической картины (трансформация очаговой гиперемии нижней трети пищевода в диффузную) и достоверное снижение уровня качества жизни по сравнению с исходным. Больные 2-й группы сохранили клинко-эндоскопическую ремиссию и исходный высокий уровень качества жизни.

Заключение. Эффективной дозой препарата УДХК, позволяющей сохранить достигнутую клинко-эндоскопическую ремиссию у всех больных, является 5 мг/кг/сутки. Применение препарата в дозе 2,5 мг/кг/сутки было малоэффективным: наблюдали клинический рецидив заболевания (58,3% случаев), отрицательную эндоскопическую динамику (25%) и снижение уровня качества жизни.

Налетов А. В., Гуз Н. П. Донецкий НМУ им. М. Горького, Медицинский центр «Гастро-лайн», Донецк, Украина

Синдром избыточного бактериального роста тонкой кишки у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Цель исследования: изучение распространенности синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) тонкой кишки среди детей с язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК), ассоциированной с *Helicobacter pylori* (НР).

Материалы и методы. Обследованы 60 детей в возрасте от 9 до 17 лет с ЯБ ДПК, ассоциированной

с инфекцией НР. НР диагностирована у всех пациентов двумя методами: быстрым уреазным тестом с биопсийным материалом и уреазным дыхательным «Хелик»-тестом («АМА», Россия). Группу сравнения составили 30 условно здоровых детей того же возраста. Для диагностики СИБР всем детям проводился водородный дыхательный тест