

больных, обеспечивающий по сравнению с традиционными способами эффективную профилактику несостоятельности швов, и может применяться в хирургической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лембас А. Н. О лечении послеоперационных вентральных грыж / А. Н. Лембас, И. И. Тампей, В. В. Иванченко, А. В. Баулин, Г. А. Зюлькин // Поволжский регион (Медицинские науки. Клиническая медицина). – 2010. – № 1 (13).
2. Чугунов А. Н. Анализ причин рецидивов послеоперационных вентральных грыж после разных способов аллопластики /

А. Н. Чугунов, Л. Е. Славин, А. З. Замалеев // Казанский медицинский журнал. – 2007. – № 3. – С. 238–240.

3. Жебровский В. В., Эльбашир М. Т. Хирургия грыж живота и эвентраций. – «Бизнес-Информ», 2002. – С. 440.

4. Способ ушивания апоневроза лапаротомной раны для профилактики эвентраций и грыж // Пат. 2430684 Российской Федерации, МПК А61В 17.00 (2006.01). – Заявители и патентообладатель ГОУ ВПО КубГМУ, С. Е. Гуменюк и соавт. – 2009146772, 16.12.2009. – Бюллетень «Изобретения. Полезные модели». – М., 2011. – № 28. – Т. 2. – С. 9.

Поступила 18.02.2013

М. Т. ДИДИГОВ¹, В. М. ДУРЛЕШТЕР², Г. К. КАРИПИДИ¹, Я. В. КАНКСИДИС¹

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350000, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14, муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи;

²кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2, Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение «Городская клиническая больница № 2». Тел. +7918-440-85-90. E-mail: murat-didigov@yandex.ru

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного дуоденостеноза у 75 больных. Сроки наблюдения составили от 1 года до 10 лет. 20 больным выполнена резекция желудка в различных модификациях, 55 – радикальная дуоденопластика как дренирующая желудок операция. Приведены данные о частоте и характере поздних патологических состояний у больных, перенесших различные варианты хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного дуоденостеноза.

Ключевые слова: язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз ДПК, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

M. T. DIDIGOV¹, V. M. DURLESHTER², G. K. KARIPIDI¹, Ya. V. KANKSIDIS¹

ANALYSIS OF LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT DECOMPENSATED OF SCAR-ULCER DUODENAL STENOSIS

¹Department of hospital surgery Kuban state medical university has, Russia, 350000, Krasnodar, str. 40 Years of Victory, 14, municipal budget institutions health Krasnodar city hospital emergency care;

²department of surgery № 1 FPC and PPP Kuban state medical universities, Russia, 350012, Krasnodar, str. Red partisans, 6/2, Krasnodar mnogoprofil-ing medical diagnostic association «City clinical hospital № 2». Тел. +7918-440-85-90. E-mail: murat-didigov@yandex.ru

Studied the long-term results of surgical treatment decompensiro-consistent scar-ulcerative duodenostenoza in 75 patients. The follow-up of 1 year to 10 years. 20 patients underwent resection of the stomach in different versions, 55 – radical duodenoplasty as draining stomach surgery. The data on the frequency and nature of recent pathological conditions in patients undergoing a variety of surgical treatment options for decompensated cicatricial-ulcerative duodenostenoza.

Key words: duodenal ulcer disease, decompensated scar-duodenal ulcer stenosis, surgery, long-term results.

Введение

В общей структуре осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) частота стеноза варьирует от 10% до 63,5%, составляя в среднем

15–30%, частота декомпенсированного стеноза составляет от 5% до 15% [1, 2, 7]. Среди других осложнений язвенной болезни ДПК стеноз является показанием к хирургическому лечению у 45–84% больных [3, 4, 5, 6].

Резекция желудка остается на сегодня операцией выбора в лечении больных с декомпенсированным дуодено-стенозом. Однако эта операция в любом ее варианте не отвечает принципам органосохранения, сопровождается относительно высокой летальностью и числом послеоперационных осложнений. Отдаленные постгастрорезекционные синдромы нередко ведут к инвалидизации. Органосохраняющие вмешательства не нашли в настоящее время широкого применения в лечении декомпенсированного дуодено-стеноза. Большинство клиник придерживаются мнения о невозможности полного восстановления функции перерастянутого, атоничного желудка и отдают предпочтение резекционным методам. Остается дискуссионным вопрос о сроках выполнения селективной проксимальной ваготомии (СПВ) при декомпенсированном рубцово-язвенном дуодено-стенозе.

Таким образом, оптимизация хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза ДПК, поиск новых методов выполнения органосохраняющих пособий при данной патологии являются актуальной проблемой современной хирургической гастроэнтерологии, требующей своего решения.

Целью настоящего исследования явилось изучение отдаленных результатов хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного дуодено-стеноза.

Материалы и методы исследования

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного дуодено-стеноза у 75 больных, оперированных в хирургических отделениях МБУЗ КГК БСМП и на базе МБУЗ КМЛДО ГБ № 2 за последние 15 лет. Сроки наблюдения составили от 1 года до 10 лет. 20 больным выполнена резекция желудка в различных модификациях, 55 – радикальная дуоденопластика как дренирующая желудок операция. Сведения о распределении больных по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, преобладали больные мужского пола (3:1), работоспособного возраста. Большинство больных (95%) имели длительный язвенный анамнез с типичными болями, изжогой, сезонными обострениями.

6 пациентов перенесли ранее операции по поводу осложнений ЯБДПК: ушивание перфоративной язвы было произведено 4 больным, 2 пациентов были оперированы ранее по поводу язвенного дуоденального кровотечения.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование. Особое внимание уделяли водно-электролитному балансу, кислотно-щелочному равновесию, показателям азотистого обмена. Для подтверждения диагноза дуодено-стеноза, определения степени декомпенсации всем больным выполнялись ФГДС, исследование секрета желудка, моторно-эвакуаторной функции, рентгеноконтрастное исследование желудка. ФГДС выполнялась эндоскопом фирмы «Olympus».

Секреция желудочного сока исследовалась титрационно-аспирационным методом. В качестве стимулятора желудочной секреции использовался гистамин в дозе 0,024 мг на 1 кг веса (Кау, 1953). К полученным показателям относились осторожно, поскольку при декомпенсированном стенозе имеются очень большие объемы желудочного сока, только базальный достигает 600–800 мл и более. Желудочный стаз пролонгирует гастриновую стимуляцию (вторую фазу желудочной секреции), которая становится почти непрерывной на фоне усиленной базальной секреции. Истощение защитного механизма, отсутствие эвакуации приводят к декомпенсированному ощелачиванию в антральном отделе желудка. Показатели базальной продукции кислоты (БПК) составили у обследованных больных $10,7 \pm 1,35$ ммоль/час, максимальная продукция кислоты (МПК) соответственно – $42,4 \pm 2,37$ ммоль/час.

Результаты и обсуждение

Отдаленные результаты изучены у 75 больных. Необходимо отметить, что дуоденопластика в отличие от резекции желудка является органосохраняющей, дренирующей желудок операцией, не воздействующей на патогенетические механизмы язвообразования. Сроки наблюдения составили от 1 года до 10 лет. В группе больных после выполнения дуоденопластики 40 человек находились под наблюдением гастроэнтерологов и получали современную многокомпонентную противоязвенную терапию. 15 больных такого лечения не получали в

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст больных (в годах)					Мужчины	Женщины
15–20	20–40	40–60	60–70	Более 70		
2	18	36	10	9	58	17

Таблица 2

Патологические состояния у больных в отдаленном периоде после выполнения дуоденопластики

Патологические состояния	Число случаев в группе получавших лечение		Число случаев в группе не получавших лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Язва желудка	1	2,5%	0	0
Язва ДПК	0	0	5	33,3%
Демпинг-синдром	1	2,5%	2	13,3%
Дисфагия	0	0	2	13,3%
Астеновегетативный синдром	2	5%	4	26,6%
Желудочный дискомфорт	3	7,5%	8	53,3%

основном по причинам социального характера и низкой комплаентности. В таблице 2 приведены данные о наблюдавшихся у больных в отдаленном периоде патологических синдромах.

В группе больных, получавших противоязвенную терапию, у одного пациента возникла язва желудка. Это был больной пожилого возраста, страдающий сахарным диабетом. В данном случае, по всей видимости, имели место непептические механизмы язвообразования.

Рецидивов пептической язвы ДПК в группе больных, получавших лечение, не наблюдалось. Среди пациентов, не получавших противоязвенной терапии, частота рецидивов язв ДПК составила 33,3%.

Демпинг-синдром легкой степени наблюдался у 3 больных в течение 3 лет после оперативного лечения. В последующем жалоб они не предъявляли.

У 2 больных после выполнения вторым этапом СПВ были явления дисфагии. В течение года эти явления исчезли.

У 6 больных имели место различные проявления астеновегетативного синдрома (слабость, головокру-

месяцев до года оперировано 12 больных. Всем им выполнена селективная проксимальная ваготомия по общепринятой методике. Мы придерживаемся мнения о том, что выполнение второго этапа хирургического лечения показано лишь в случаях низкой комплаентности пациентов, отказа по разным причинам от наблюдения врачом-гастроэнтерологом и проведения регулярной противоязвенной терапии. В последние годы мы не выполняем антацидную операцию у больных, находящихся на успешной (безрецидивной) медикаментозной ваготомии.

Таким образом, выполнение органосохраняющего хирургического пособия – дуоденопластики при декомпенсированном дуоденостенозе позволяет добиться лучших отдаленных результатов при условии достаточной комплаентности пациентов и проведения регулярной и адекватной противоязвенной терапии. У части больных с декомпенсированным стенозом ДПК после выполнения дуоденопластики отпадает необходимость в выполнении второго этапа хирургического лечения – СПВ. Современная многокомпонентная патогенетическая антацидная терапия позволяет свести частоту рецидивов пептических язв к нулю. Основным критерием,

Таблица 3

Патологические состояния у больных в отдаленном периоде после выполнения резекции желудка

Патологические состояния	Абсолютное число	%
Рецидив пептической язвы	2	10
Демпинг-синдром	5	25
Синдром приводящей петли	4	20
Дисфагия	3	15
Астеновегетативный синдром	5	25
Желудочный дискомфорт	4	20

жение, периодические головные боли). При инструментальном обследовании патологии у них не выявлено.

Явления желудочного дискомфорта в виде периодической тяжести в эпигастрии, отрыжки, изжоги имели место у 11 больных, причем 8 из них не получали противоязвенной терапии и не соблюдали диеты.

Отличные и хорошие результаты, согласно классификации Visik, получены у 96,3% больных. Трудоспособность восстановлена у всех больных. В среднем период нетрудоспособности составил 38 дней. Все пациенты вернулись к первоначальному труду, что немаловажно, поскольку это люди трудоспособного возраста – от 20 до 50 лет.

В таблице 3 приведены данные о характере отдаленных патологических синдромов у больных, перенесших резекцию желудка.

Хорошие и отличные результаты по классификации Visik получены у 70% больных. В среднем период нетрудоспособности составил 48 дней.

Необходимо отметить, что основным спорным и дискуссионным вопросом на сегодняшний день является определение показаний и сроков выполнения второго этапа хирургического лечения – селективной проксимальной ваготомии после выполнения дуоденопластики первым этапом. Мы полностью отказались от выполнения антацидной операции в один этап при декомпенсированном стенозе, так как имеем определенный отрицательный опыт выполнения таких вмешательств. Вторым этапом в сроки от трех

определяющим необходимость выполнения СПВ, являются низкая комплаентность больного, социальные аспекты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакар М. С., Оноприев В. И. Хирургическая анатомия рубцово-язвенной деформации луковицы двенадцатиперстной кишки и селективная проксимальная ваготомия при осложненных дуоденальных язвах: Сб. науч. тр. – Краснодар, 1994. – С. 20–29.
2. Вагнер Е. А., Репин В. Н., Костылев Л. М. Хирургическая тактика при язвах двенадцатиперстной кишки // Тез. докл. 8-го съезда хирургов России. – Краснодар, 1995. – С. 48.
3. Горбунов В. Н. Осложненные гигантские пилородуоденальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение / В. Н. Горбунов, Э. Ш. Нагиев, Е. В. Столярчук // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 3. – С. 63–69.
4. Кузин Н. М. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Н. М. Кузин, А. Н. Алимов // Хирургия. – 1997. – № 4. – С. 38–43.
5. Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.
6. Окоемов М. Н., Кузин Н. М. Хирургическое лечение язвенных пилородуоденальных стенозов // Хирургия. – 1999. – № 11. – С. 61–65.
7. Окоемов М. Н. Сравнительная характеристика эффективности операций при язвенном пилородуоденальном стенозе / М. Н. Окоемов, Н. М. Кузин, Н. Н. Крылов // Хирургия. – 2002. – № 5. – С. 26–29.

8. Оноприев В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. – Краснодар, 1995. – 186 с.

9. Ellis H. Pyloric stenosis in surgery of the stomach and duodenum, 4th edition / L. M. Nyhus. – Boston. – Little Brown, 1986. – P. 475–489.

10. Schoenberg M. H. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding // Langenbeck's arch surg. – 2001. – № 386. – P. 98–103.

Поступила 4.02.2013

С. С. ДУНАЕВСКАЯ, Д. А. АНТЮФРИЕВА

ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ С ОБРАЗОВАНИЕМ КАЛЬЦИНАТОВ И ПЕТРИФИКАТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ИСХОД ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Кафедра общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.
Тел. 8-392-71-29-70. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru*

В статье представлены клинические данные пациентов с хроническим панкреатитом с образованием кальцинатов и петрификатов как исход алкоголь-ассоциированного панкреатита. Ведущими клиническими симптомами являются болевой синдром, проявления мальдигестии. По данным компьютерной томографии существует прямая корреляционная зависимость между уровнем фиброза и наличием мелких периферических участков кальциноза и петрификации поджелудочной железы.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий панкреатит, кальцинаты и петрификаты поджелудочной железы.

S. S. DUNAIEVSKAYA, D. A. ANTUFRIEVA

CHRONIC RECURRENT PANCREATITIS WITH FORMATION OF CALCIFICATIONS AND PETRIFACTIONS IN PANCREAS AS THE OUTCOME OF ALCOHOL-ASSOCIATED ACUTE PANCREATITIS

*Department of general surgery Krasnoyarsk state medical university named by prof. V. F. Voyno-Jaseneckiy, Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizan Geleznyak str., 1.
Tel. 8-392-71-29-70. E-mail: Vikto-potapenk@yandex.ru*

Clinical evidence of patients with chronic pancreatitis with formation of calcifications and petrifications in pancreas as the outcome of alcohol-associated acute pancreatitis are produced in the article. Leading clinical symptoms were pain syndrome, manifestations of maldigestion. Positive correlation dependence between the level of fibrosis and presence of small peripheral calcified focuses and petrified focuses in pancreas are existed, based on abdominal cavity organ CT – tomography's dates.

Key words: chronic recurrent pancreatitis, calcifications and petrifications in pancreas.

Введение

В структуре заболеваемости органов пищеварения хронический панкреатит (ХП) составляет 5,1–9,0%, а в общей клинической практике – 0,2–0,6%. За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости ХП среди взрослого населения [2, 5].

Одним из основных экзогенных факторов развития ХП является злоупотребление алкоголем [1]. Но для хронизации процесса необходим наследственный индуктор, которым является ген, формирующий устойчивость молекул трипсина к гидролизу. Панкреатический секреторный ингибитор трипсина – это пептид, обладающий специфической способностью ингибировать трипсин путем блокирования его активного центра [4]. Таким образом, он способен инактивировать до 20% всего количества трипсина. Клиническая манифестация алкоголь-индуцированного гена возникает после 25 лет, что связано с регулярным употреблением алкоголя [3].

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 10 пациентов с кальцинами и петрификатами поджелудочной

железы в период с 2009 по 2012 г., находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении дорожной клинической больницы. Возраст больных колебался от 38 до 72 лет, средний возраст составил 64,8 года. По полу больные распределялись следующим образом: 8 (80%) мужчины, 2 (20%) женщины. Средний койко-день составил 9,4.

Всем больным в исследуемой группе выполнялся стандартный минимум диагностического обследования, был выполнен развернутый анализ крови, на основании которого рассчитывался ряд интегральных гематологических показателей. В качестве скринингового метода диагностики применялось определение уровня диастазы мочи. Для выявления симптомов мальдигестии у больных в течение первых суток выполнялась копрограмма. Стандартными методами выявляли патологию углеводного обмена: гликемический профиль, тест толерантности к глюкозе, у больных также определялся уровень кальция сыворотки крови.

Обязательным скрининговым методом оценки состояния поджелудочной железы, билиарной системы являлось ультразвуковое исследование, которое осуществляли с помощью двухмерного аппарата