

Л.В. Белоцкая, С.Ю. Чистохин

К ПАТОГЕНЕЗУ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОСТВАГОТОМИЧЕСКОЙ ДИАРЕИ

Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Наиболее специфичным и частым осложнением органосберегающих и экономных операций с ваготомией считается диарея: 25–40 % в ближайшие и 10–20 % в отдаленные сроки. Кроме того, у части больных сохраняются дооперационные органические и функциональные поражения ободочной кишки, нередко сопровождающие язвенную болезнь. Единых взглядов на патогенез и семиотику постваготомической диареи и других кишечных расстройств пока нет, что затрудняет их прогнозирование, профилактику и лечение.

Цель работы: уменьшить частоту и тяжесть постваготомической диареи и других толстокишечных расстройств после хирургического лечения осложненной язвенной болезни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике общей хирургии ЧГМА в 2005–2010 гг. выборочно, по 2–4 раза обследовано 87 больных с осложненными дуоденальными (52) и желудочными (35) язвами до, через 1–2 месяца и через 1–2 года после органосберегающих (42) и экономных (45) операций с ваготомией. Стандартный объем обследований: ФГС, рентгеноскопия и рН-метрия желудка — дополнен фиброколоноскопией с биопсией, ирригоскопией, изучением количественного и качественного состава толстокишечной микрофлоры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 46 (53 %) больных до операции выявлена фоновая толстокишечная патология, чаще всего — синдром раздраженной кишки с диареей, хронические колиты с привычными запорами, иногда с геморроем или анальными трещинами. Именно у таких язвенников и следует прогнозировать постваготомические кишечные расстройства. Больным со склонностью к поносам (24) выполнялась селективная желудочная или селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой по Финнею диаметром до 4 см, а экономные резекции завершали сохранением привратника или неширокими, до 3 см, гастродуоденоанастомозами. Напротив, 22 пациентам с хроническими запорами сознательно избиралась стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею диаметром 5–6 см, таких же размеров накладывали и термино-латеральные гастродуоденоанастомозы после антрум-резекций. В ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах значительно уменьшилась частота и тяжесть диареи у первых и запоров у вторых.

У 6 больных дольше года наблюдалась диарея I–II степени. При колоноскопии у них обнаруживались умеренные воспалительные, иногда эрозивные, изменения. При ирригоскопии: заметно усугубились отмечавшиеся и до операции неравномерность заполнения контрастной взвесью, сглаженность гаустр, нередко отмечались признаки синдрома раздраженной кишки; выявлялся дисбиоз II–III степени в виде резкого уменьшения бифидо- и лактобактерий, активного заселения грибами рода *Candida* (10^8 и более), *St. aureus* (10^6 и более), гемолитическими штаммами *E. coli* (10^4 – 10^6). Этим пациентам комплекс реабилитационного лечения был дополнен пробиотиками (бифидум-бактерин, бактисубтил и др.) — удалось добиться полного прекращения поносов у 4 из них, у 2 — перевести в легкую спорадическую форму.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При осложненных пилорoduоденальных язвах индивидуальный подбор варианта ваготомии и ширины пилоропластики или гастродуоденоанастомоза с учетом морфофункционального состояния ободочной кишки, санация и коррекция состава микрофлоры пищеварительного тракта поможет значительно уменьшить частоту и тяжесть постваготомической диареи и других кишечных расстройств.

А.С. Беньян, С.Ю. Пушкин

**ЭЛЕМЕНТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
ПРИ ПЕРФОРАЦИЯХ ПИЩЕВОДА**

Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина (Самара)

В хирургии перфораций пищевода одним из важных и ключевых этапов оперативного вмешательства является способ ушивания дефекта стенки пищевода и его пластика для укрепления линии швов. Применение реконструктивно-пластических элементов во время операций по поводу перфораций

пищевода преследует цель достижения первичного заживления линии швов и профилактики послеоперационной несостоятельности.

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения у больных с перфорациями пищевода при использовании реконструктивно-пластических элементов по укреплению линии швов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами было проведено изучение результатов хирургического лечения 58 пациентов с перфорациями пищевода за период с 2000 г. по настоящее время. Среди причин перфораций были: травмы шеи и груди с ранением пищевода — 17 (29,3 %); инородные тела пищевода — 15 (25,9 %); повреждения пищевода вследствие операций на шейном отделе позвоночника — 7 (12,1 %); повреждения пищевода при иных медицинских вмешательствах — 10 (17,2 %); спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхава) — 9 (15,5 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Шейная медиастинотомия по Разумовскому была проведена у 34 пациентов (58,6 %), торакотомия — у 15 пациентов (25,9 %), чрезбрюшинная медиастинотомия по Савиных-Розанову — у 6 пациентов (10,3 %).

Ушивание стенки пищевода с пластикой линии швов различными способами выполнено у 39 пациентов. При локализации перфорации в шейном отделе пищевода у 12 пациентов линию швов укрывали лоскутом *m. sternocleidomastoideus* на питательной ножке. Выкраивание лоскута производили в каудальном (ключичном) направлении, затем с помощью узловых атравматических швов подшивали лоскут к стенке пищевода. При этом достигалось не только укрепление и дополнительная васкуляризация линии шва, но и отграничение нижних отделов средостения от гнойного процесса. У двух пациентов для этих же целей использовалось переднее брюшко *m. omohyoideus*. Особенностью операций при ранениях грушевидного синуса была возможность использования констрикторов глотки при ушивании и укреплении линии швов (9 пациентов).

При перфорациях грудного отдела пищевода после ушивания дефекта проводили мобилизацию лоскута медиастинальной плевры и перемещение его на область швов (7 пациентов). У 4 пациентов с целью герметизации пищеводного шва использованы коллагеновые пластины ТахоКомб.

У 5 пациентов, оперированных чрезбрюшинным доступом, в качестве пластического материала использовался желудок. Техническим приемом, позволяющим укрыть зону ушивания дефекта стенки пищевода, была парциальная или полная фундопликация. При достаточной мобилизации с помощью фундопликации возможно перемещение дна желудка до уровня эпифрениального сегмента пищевода.

При ушивании стенки органа в сочетании с укреплением линии шва местными тканями у 30 (76,9 %) пациентов с перфорацией пищевода произошло первичное заживление. У 7 (17,9 %) больных потребовались повторные оперативные вмешательства. Умерло 6 пациентов (15,4 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При перфорациях пищевода ушивание стенки пищевода с укреплением линии шва местными тканями носит черты реконструктивно-пластических вмешательств. Это позволяет добиться первичного заживления дефекта стенки пищевода и улучшить результаты хирургического лечения.

З.А. Богоутдинов, Е.В. Намоконов

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Дорожная клиническая больница ст. Чита-II (Чита)

С целью устранения ишемических расстройств у больных с остеоартрозом коленных суставов мы использовали метод комбинированной озонотерапии, основанный на улучшении клеточного метаболизма хряща и нейтрализации активных форм кислорода.

Под нашим наблюдением на базе отделения травматологии Дорожной клинической больницы ст. Чита II находилось 54 пациента с остеоартрозом коленных суставов II — III стадии, из них 30 (55,5 %) женщин и 24 (44,5 %) мужчины. Все пациенты получали базовое лечение, которое включало монотерапию нестероидными противовоспалительными препаратами в сочетании с физиотерапевтическими и тепловыми методами лечения.

Озонотерапия проводилась 30 пациентам, отобранных методом случайной выборки (первая группа) и заключалась в ведении озono-кислородной смеси, непосредственно в суставную полость