

При сочетанных стриктурах пищевода и желудка адекватным объемом оперативного вмешательства является резекция. Операцию необходимо выполнять не ранее чем через 2–3 месяца после ожога: к данному сроку обычно заканчивается формирование стриктуры.

Резекция желудка была выполнена 32 больным. Мы отдаем предпочтение резекции желудка по Бильрот-II — Бальфуру. Резекция желудка в объеме $2/3$ также необходима при ожогах нижней трети пищевода, так как после восстановления проходимости пищевода замыкательная функция кардии страдает, что приводит к рефлюкс-эзофагиту, эрозивному эзофагиту.

30 больных с непосредственными хорошими и удовлетворительными результатами выписаны на амбулаторное лечение. Осложнения наблюдались у 1 пациента — несостоятельность гастроэнтероанастомоза. Летальные исходы отмечены у 2 больных: у одного — в связи с аспирационной пневмонией на фоне ожога надгортанника, у второго — с несостоятельностью культи двенадцатиперстной кишки (после резекции желудка по Бильрот-II — Витебскому).

Поддерживающее бужирование — крайне важный этап лечения, требующий настойчивости врача и желания пациента. При его несоблюдении очень часто возникает рецидив стриктуры пищевода. В течение 1 месяца после выписки больной бужирется 2–3 раза в неделю, в течение 2-го месяца — 1 раз в неделю, в течение 3-го месяца — 1 раз в 2 недели, на 4-м и 5-м месяце — 1 раз в 3 недели, далее — по появлению дисфагии. При резком ухудшении больные госпитализировались для форсированного блокирования под наркозом с последующим амбулаторным бужированием по описанной выше схеме.

Наблюдение за больными, разработанная тактика обследования и лечения больных с сочетанными рубцовыми стриктурами пищевода и желудка позволила у 90 % больных добиться хороших и удовлетворительных результатов.

ВЫВОДЫ

1. Рубцовый стеноз желудка формируется спустя 1 месяц после ожога, «ожоговая болезнь» в желудке длится до 7 месяцев после ожога. Операцией выбора при ожоговом стенозе желудка является его резекция по способу Бильрот-II — Бальфура.

2. Методом выбора в лечении рубцово-измененного пищевода является бужирование с эндоскопическим пособием. Поддерживающее бужирование пищевода необходимо проводить на протяжении 1,5–2 лет после ожога.

Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

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

Одним из самых тяжелых и опасных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является пенетрация язвы в головку поджелудочной железы, частота которой составляет 30–90 % (Долгушин А.Н., 1993; Кузин М.И., 2001; Жанталинова Н.А., 2005; Синенченко Г.И. с соавт., 2005; Демин Д.И. с соавт., 2006).

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 93 больных с пенетрирующими дуоденальными язвами. Мужчин было 73 (78,5 %), женщин — 20 (21,5 %).

Клиническая картина была атипичной с симптомами поражения органа, в который язва пенетрировала: в головку поджелудочной железы — у 80,5 % больных, в гепатодуоденальную связку — у 9,3 %, в печень — у 8,3 %, в корень брыжейки поперечной ободочной кишки — у 1,9 % больных.

При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы в клинической картине доминировали симптомы острого панкреатита, боли носили опоясывающий характер, были постоянными, локализовались в проекции поджелудочной железы и левом подреберье. У 9 больных вследствие перехода периаульцерозной инфильтрации на большой дуоденальный сосочек (БДС) отмечалась иктеричность склер, у 4 — желтушность кожных покровов. В разные периоды заболевания 41 больному проводилось лечение по поводу острого холецистита или механической желтухи и хронического панкреатита. Все это позволяет считать, что язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная пенетрацией, является необратимым процессом, сопровождается глубокими метаболическими и морфологическими изменениями в зоне язвы.

Для диагностики пенетрирующих язв использовали рентгенологические и эндоскопические методы исследования.

Показаниями к операции были безуспешность консервативной терапии в течение 5–6 недель, а также сочетанные осложнения язвенной болезни.

Резекционные методики применены у 46 больных. В послеоперационном периоде у 2 из них развилась несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки с летальным исходом, причиной несостоятельности явился послеоперационный панкреатит с панкреонекрозом.

При локализации язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки с развитием стеноза и пенетрации в головку поджелудочной железы мы прибегали к резекции «на выключение» язвы с наложением гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным соустьем по Брауну (Бильрот-II — Бальфур). Важным преимуществом этого метода является профилактика рефлюкса в панкреатические протоки, повреждения паренхимы железы и развития послеоперационного панкреатита. По этой методике оперировано 9 больных, непосредственные и отдаленные результаты хорошие.

Отдаленные результаты после резекции желудка проанализированы у 12 (12,9 %) больных. У 64 (68,8 %) больных они оказались отличными и хорошими, у 21 (22,6 %) — удовлетворительными, у 8 (8,6 %) — неудовлетворительными.

Изучение кислотности желудочного сока, функционального состояния поджелудочной железы, данных рентгенологического, эндоскопического исследований показало высокую эффективность резекции желудка по Бильрот-II — Бальфуру, в том числе и резекции «на выключение» язвы.

Таким образом, резекция «на выключение» язвы с гастроэнтероанастомозом по Бильрот-II — Бальфуру может решить сложную хирургическую проблему пенетрирующих дуоденальных язв, сопровождающихся хроническим рецидивирующим панкреатитом без нарушения проходимости выводных протоков поджелудочной железы. Это дает основание рекомендовать такие вмешательства в качестве операции выбора при лечении пенетрирующих язв, осложненных хроническим рецидивирующим панкреатитом.

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев

ОЦЕНКА СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

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

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на то, что резекция желудка по поводу осложнений язвенной болезни до настоящего времени остается широко распространенным методом оперативного вмешательства (Поликевич Б.С. с соавт., 2006; Хаджибаев А.М. с соавт., 2006), механизмы развития патологических процессов оперированного желудка остаются не вполне выясненными. Некоторые авторы (Ширинов З.Т. с соавт., 2005; Зубарев П.Н. с соавт., 2006; Lechago J. et al., 1993) считают, что функциональное состояние культи желудка зависит от изменений нейрогормональной регуляции.

Цель исследования: изучить функциональное состояние оперированного желудка, выяснить степень участия некоторых нейрогормональных регуляторных факторов в нарушении его секреторной функции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 85 больных (77 мужчин и 8 женщин) с клиническими и эндоскопическими признаками патологических процессов в культе резецированного желудка: демпинг-синдром — у 33,3 % больных, рефлюкс-гастрит — у 72,5 %, анастомозит — у 65,2 %, дуоденальный (энтеральный) рефлюкс — у 31,9 %, пептическая язва гастроэнтероанастомоза — у 11,6 %, синдром приводящей петли — у 4,3 % больных. Средний возраст составлял $27,1 \pm 1,4$ года. До операции у больных язвенной болезнью факторами риска были: нерегулярное питание — в 65,0 % случаев, курение — в 65,0 %, наследственная отягощенность — в 42,4 %, Нр — в 94,7 %.

Средний размер язвы двенадцатиперстной кишки составлял $0,81 \pm 0,04$ см, желудка — $0,92 \pm 0,11$ см, двойная локализация, «зеркальные» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки выявлены в 9,88 % случаев.

Методом случайной выборки все больные были разделены на 2 группы, репрезентативные по основным клинико-функциональным показателям. Первую группу (28 человек) составили пациенты, перенесшие резекцию желудка по Бильрот-I с прямым гастродуоденальным анастомозом, вторую — 57 пациентов, оперированных по Бильрот-II — Витебскому. Контрольную группу составили 12 практически здоровых добровольцев.

Исследовали содержание в периферической крови гормонов: гастрин, соматотропного гормона (СТГ), кортизола, трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), нейрпептидов (лей-энкефалинов, бета-эндорфинов). Ферментобразующую функцию культи желудка оценивали по содержанию пепсиногена в крови.