

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 пилородуоденальных 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. Бенян, 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