

Сведения об авторах статьи:

Латыпов Ринат Закирович – д.м.н., профессор, кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 255-93-11.

Плечев Владимир Вячеславович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 255-93-11.

Титов Андрей Ремович – к.м.н., зав. хирургическим отделением № 1 Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Гайнетдинов Эльмир Фларисович – врач-хирург ГБУЗ РБ Бураевская ЦРБ. Адрес: с. Бураево, ул. Нагорная, 1.

Чабин Алексей Владимирович – врач-хирург СКДЦ КБГМУ, ассистент кафедры хирургических болезней и новых технологий ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулов Д.А., Курбонов К.М., Даминова Н.М. Нарушение барьерной функции подвздошной кишки в патогенезе желчно-каменной болезни // Актуальные вопросы колопроктологии. – Уфа, 2007. – С. 516-517.
2. Витебский, Я.Д. Очерки хирургии илеоцекального отдела кишечника. – М.: Медицина, 1973. – С. 110.
3. Нартайлаков М.А., Плечев В.В., Бакиров С.Х. Коррекция недостаточности илеоцекального клапана // Современные проблемы гастроэнтерологии: материалы научной конференции, посвященной 75-летию со дня рождения профессора Я.Д. Витебского. – Курган, 1994. – С. 302-303.
4. Парфенов, А.И. Болезни илеоцекальной области / под ред. Б.Д. Комарова. – М.: Анархарсис, 2005. – 271 с.

УДК 616.3-007.42-089

© Р.З. Латыпов, В.В. Плечев, А.Р. Титов, Э.Ф. Гайнетдинов, А.В. Чабин, 2013

Р.З. Латыпов, В.В. Плечев, А.Р. Титов, Э.Ф. Гайнетдинов, А.В. Чабин
**КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВИСЦЕРОПТОЗА,
 ОСЛОЖНЕННОГО РЕФЛЮКС-ЭНТЕРИТОМ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

В статье приводятся результаты клиничко-рентгенологической оценки механизмов возникновения и прогрессирующего течения рефлюкс-энтерита у больных висцероптозом.

Ключевые слова: клиника, диагностика, рефлюкс-энтерит, висцероптоз.

R.Z. Latypov, V.V. Plechev, A.R. Titov, E.F. Gaynetdinov, A.V. Chabin
**CLINICAL X-RAY DIAGNOSTICS OF VISCEROPTOSIS
 WITH REFLUX-ENTERITIS**

The article provides the results of clinical x-ray assessment of mechanisms of emergence of progressive reflux enteritis in patients with visceroptosis.

Key words: clinic, diagnostics, reflux enteritis, visceroptosis.

Вопросам диагностики висцероптоза посвящено большое количество литературы, направленной прежде всего на уточнение анатомического варианта висцероптоза и участвующих в этом процессе органов, а также на выявление и оценку симптомов, наблюдаемых при висцероптозе. [1-8]

Одним из ведущих осложнений у больных с висцероптозом согласно классификации Тобохова А.В. (2003) является рефлюкс-энтерит, реальность возникновения которого на сегодняшний день остается общепризнанным фактом. Это объясняется анатомо-функциональной предрасположенностью правого фланга толстой кишки к гипотонии в норме в связи с направленностью хода эвакуации каловых масс вертикально вверх и часто в условиях резкого повышения внутриполостного давления в нижележащих отделах, создаваемого антиперистальтикой толстой кишки, возникающей при закрытом илеоцекальном клапане. Следующим фактором патогене-

за, вызывающим недостаточность илеоцекального клапана, является стойкое нарушение проходимости ободочных изгибов толстой кишки у больных висцероптозом, что в конечном счете делает неизбежным прогрессирующее течение рефлюкс-энтерита.

В клинике БГМУ находилось 165 больных с установленным диагнозом висцероптоз. Женщин было 134 (81,2%), мужчин 31 (18,8%). Средний возраст женщин составил 51,3±1,4 года, мужчин 45,5±2,9 года.

При поступлении в стационар подробно изучались жалобы, указывающие на стадию дисфункции толстой кишки, характер стула, выраженность болей и локализация их (табл. 1).

При выяснении анамнеза заболевания было отмечено довольно продолжительное время болезни – 5-10 лет.

Ирригоскопия проведена всем 165 больным с последующей количественной рентгенооценкой тонуса толстой кишки с ис-

пользованием разработанного в клинике индекса соответствия поперечников толстой кишки (ИСП) (патент РФ № 2151591).

Таблица 1
Характер жалоб больных при поступлении в стационар

Жалобы	Количество больных	
	абс.	%
Коллющие боли:		
А-в правом подреберье	31	7
Б-в левом подреберье	85	18
В-в обоих подреберьях	48	10
Частое вздутие живота с задержкой газов	96	20
Запоры:	105	22
по 2-3 дня	54	52
по 3-4 дня	36	34
по 4-5 дней	15	14
Стул только после приема слабительных препаратов растительного происхождения	24	5
Стул только после приема слабительных препаратов	46	10
Стул только после очистительной клизмы	35	7
Всего...	165	100

При этом мы исходили из того, что степень расширения стенок толстой кишки, получаемая в процессе тугого заполнения ее

контрастной массой, зависит главным образом от исходного состояния тонуса различных ее отделов. По этой причине гипотония или гипертония возникшие на каком-либо участке толстой кишки приводят к нарушению существующей в норме пропорции между поперечниками различных отделов толстой кишки. При наличии нарушений проходимости в печеночном изгибе ободочной кишки ожидалось увеличение цекотрансверзального индекса, в связи с возникшей гипотонией правого фланга толстой кишки. В случае препятствия в селезеночном изгибе увеличение трансверзосигмоидального индекса свидетельствует о наступившей атонии поперечной ободочной кишки. При снижении цекосигмоидального индекса ожидаемый результат оценивается как мышечная декомпенсация левого фланга толстой кишки. При увеличении цекотрансверзального и цекосигмоидального индексов можно говорить о наличии рефлюкс-энтерита и выраженности заболевания.

Таблица 2

Результаты количественной рентгенооценки тонуса толстой кишки у больных с наличием синдром ободочных изгибов толстой кишки при висцероптозе

Группы больных	Число больных	Индекс соответствия поперечников толстой кишки, % (М ± м)		
		цекотрансверзальный индекс (ЦТИ)	трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ)	цекосигмоидальный индекс (ЦСИ)
Контрольная группа	13	128,3±3,1	142,7±3,9	182,4±4,8
Гастроптоз + трансверзоптоз	19	165,4±2,8 p < 0,001	127,7±2,4 p < 0,001	207±3,2 p < 0,001
Висцероптоз/ Синдром печеночного изгиба	31	141,6±1,8 p < 0,001	153,7±2,4 p < 0,01	207±2,7 p < 0,001
Висцероптоз (синдром селезеночного изгиба)	58	120±1,4 p < 0,01	172,6±1,9 p < 0,001	228,6±3,4 p < 0,001
Висцероптоз (синдром ободочных изгибов)	57	157±1,6 p < 0,001	164±5,7 p < 0,01	223±2,2 p < 0,001
Висцероптоз (синдром ободочных изгибов без рефлюкс-энтерита)	74	141,5±1,2 p < 0,001	155,5±1,6 p < 0,001	219,8±1,7 p < 0,001
Висцероптоз (синдром ободочных изгибов с рефлюкс-энтеритом)	91	146±1,6 p < 0,001	157±1,5 p < 0,001	222±1,9 p < 0,001

Выводы

Рентгенооценка состояния тонуса с применением индекса соответствия поперечников толстой кишки позволяет подтвердить или исключить наличие и степень нарушений проходимости ободочных изгибов толстой кишки. Индекс соответствия поперечников

толстой кишки отражает динамику развития рефлюкс-энтерита при различных анатомических вариантах висцероптоза.

Использование индекса соответствия поперечников толстой кишки позволяет установить необходимость и возможные варианты оперативного лечения рефлюкс-энтерита.

Сведения об авторах статьи:

Латыпов Ринат Закирович – д.м.н., профессор, кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 255-93-11.

Плечев Владимир Вячеславович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 255-93-11.

Титов Андрей Ремович – к.м.н., зав. хирургическим отделением № 1 Клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Гайнетдинов Эльмир Фларисович – врач-хирург ГБУЗ РБ Бураевская ЦРБ. Адрес: с. Бураево, ул. Нагорная, 1.

Чабин Алексей Владимирович – врач-хирург СКДЦ КБГМУ, ассистент кафедры хирургических болезней и новых технологий ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

- Алешин, Д.В. Выбор метода хирургического лечения резистентных форм колостазов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.

2. Диагностика и хирургическое лечение аномалий развития и фиксации органов желудочно-кишечного тракта и обусловленных ими патологических состояний / А.В. Тобохов [и др.] // Наука и образование. – 2008. – № 2. – С. 67-73.
3. Диагностика колостазов: патент РФ № 2151591 Латыпов Р.З., Плечев В.В., Тимербулатов В.М., 2000.
4. Неустров, П.А. Алгоритмы выбора объема резекции ободочной кишки у больных с висцероптозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Якутск, 2006. – 24 с.
5. Осипенко, М.Ф. Аномалии ободочной кишки у взрослых (распространенность, клиника, диагностика, подходы к терапии) / М.Ф. Осипенко. – Новосибирск, 2005. – 160 с.
6. Павлова, З.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пациентов с висцероптозом: автореф. дис.... канд. мед. наук. – Якутск, 2006. – 22 с.
7. Семенов, Д.Н. Синдром хронической абдоминальной ишемии у больных с висцероптозом: автореф. дис.... канд. мед. наук. – Якутск, 2009. – 24 с.
8. Тобохов, А.В. Выбор объема резекции ободочной кишки в хирургии лечения висцероптоза / А.В. Тобохов, П.А. Неустров, В.Н. Николаев // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – Т. 22. – С. 38-42.
9. Тобохов, А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 21 с.

УДК 616.37-002-036.11-089.87

© Б.М. Рахимов, И.В. Галкин, В.Р. Баранов, А.А. Калугин, А.А. Рядовой, А.И. Кривов, 2013

Б.М. Рахимов, И.В. Галкин, В.Р. Баранов, А.А. Калугин, А.А. Рядовой, А.И. Кривов ДУОДЕНУМСОХРАНЯЮЩАЯ РЕЗЕКЦИЯ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №5», г. Тольятти

Статья посвящена хирургическому лечению хронического «головчатого» панкреатита. Анализируются результаты оперативного лечения 56 пациентов, больных хроническим псевдотуморозным панкреатитом. Мужчин было 50, женщин – 6 в возрасте от 39 до 65 лет. Диагностика основывалась на изучении анамнеза, клинической картины, лабораторных данных, онкомаркеров (СА-19), УЗИ, СКТ, МРТ и ЭРПХГ. По данным дооперационного обследования у всех пациентов обнаружены морфологические изменения: увеличение головки поджелудочной железы ≥ 4 см – 56, главного панкреатического протока – 38, паренхимы поджелудочной железы – 42, множественные изменения у 43 пациентов, только одно выявленное патологическое изменение было у 12 больных. Операция Бегера в классическом варианте выполнена 4 больным, в Берн-ской модификации у 12 пациентов, операция Фрея у 38 больных. Стандартная панкреатодуоденальная резекция выполнена 2-м пациентам. Среднее время операции – 138 мин (126 – 318 мин); интраоперационная кровопотеря – 500мл (100 – 1500мл). Осложнения наблюдались у 9 пациентов. Релапаротомия потребовалась в 3 случаях. Умер один пациент.

Ключевые слова: хронический панкреатит, диагностика, хирургическое лечение, осложнения.

B.M. Rakhimov, I.V. Galkin, V.R. Baranov, A.A. Kalugin, A.A. Ryadovoy, A.I. Krivov DUODENUM-PRESERVING RESECTION OF HEAD OF PANCREAS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

The article is devoted to the surgical treatment of chronic pancreatitis. The results of surgical treatment of 56 patients with chronic pseudotumorous pancreatitis have been analyzed. There were 50 men and 6 women aged from 39 to 65. Diagnostics was based on the study of anamnesis, clinical and laboratory data, oncomarkers (CA-19), ultrasound, CT, MRI and ERCP. According to preoperative examination morphological changes were detected in all patients: increased head of the pancreas ≥ 4 cm in 56 patients, increased main pancreatic duct in 38, pancreatic parenchyma in 42, multiple changes in 44 patients, 12 patients showed only one pathology. Classical Beger procedure was performed in 4 patients, its Berne modification in 12 patients, Frey operation – 38 patients. 2 patients underwent standard pancreaticoduodenal resection. The mean operative time was 138 min (126 – 318); intraoperative blood loss 500 ml (100 – 1500 ml). Complications were observed in 9 patients. Reoperation was necessary in 3 cases. Only one patient died.

Key words: chronic pancreatitis, diagnosis, surgical treatment, complications.

Хронический панкреатит – воспалительное заболевание, характеризующееся прогрессирующим и необратимым перерождением панкреатической паренхимы в фиброзную ткань, сопровождающимся болью и стойким снижением функции железы. Заболеваемость в России варьирует от 25 до 35 человек на 100 000 населения. В 15 – 20% случаев больные погибают от осложнений, возникающих во время обострения панкреатита, в других случаях – вследствие вторичных нарушений пищеварения и инфекционных осложнений [1,9,10]. Половине из них требуется хирургическое лечение ввиду различных осложнений:

дуоденальной обструкции, стеноза общего желчного протока, псевдокист с цистопротоковой коммуникацией [2,3].

И, наконец, практически у 90% пациентов с хроническим панкреатитом испытывают упорные абдоминальные боли, что и служит показанием к операции [7, 11]. Сегодня боль рассматривают как результат взаимодействия нервной и иммунной систем [6]. Традиционные оперативные вмешательства при хроническом панкреатите могут быть резекционными и дренирующими. Преимуществом последних является максимальное сохранение ткани поджелудочной железы.