

Эндоскопическая интрадуоденальная диагностика истинной локализации и характера поражения в 15,2 % случаев была невозможна вследствие топографо-анатомической декомпенсации стеноза (по В.И. Оноприеву, 1995), непроходимости ДПК для осмотра эндоскопом. В 1 случае предоперационная ФГДС при ПЯ ДПК привела к летальному исходу, в связи с чем, считаем возможным ее выполнение при установленном клиническом диагнозе ПЯ ДПК для диагностики сочетанных язвенных осложнений только в условиях наркоза.

Одним из рентгенологических признаков язвенного стеноза ДПК нами отмечен не замедленный, а ускоренный тип эвакуации контраста из желудка.

Наряду с традиционным эндоскопическим и рентгенологическим исследованием нами для оценки моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка в последнее время как до, так и после операции используется метод периферической электро-гастро-энтерографии (ПЭГЭГ) аппаратом «Гастроскан ГЭМ», которая обладает большей информативностью. ПЭГЭГ позволила нам диагностировать нарушения МЭФ желудка и их характер раньше рентгенологического и эндоскопического методов исследования, а в целом ряде случаев — они были выявлены и описаны только этим методом.

При вовлечении в рубцово-язвенный процесс привратника в 0,9 % случаях нами выполнен пилоролизис и в 1,4 % случаях при дистальном краевом миосклерозе 2-3 секторов — истинная пилоропластика в объеме парциальной краевой резекции пилорического жома без нарушения его круговой целостности с применением внесфинктерного серозно-подслизистого шва и «футлярной» пилоро-дуоденопластики.

Пилоролизис осуществлялся в объеме устранения рубцовой мантрии пилоруса со стороны серозы и рубцовых сращений со стороны подслизистого слоя. Истинная пилоропластика заключалась в иссечении рубцовоизмененного поля пилоруса, отсечении фиксированных рубцами участков слизистой и серозы, устранении деформаций и наложении пилоро-дуоденоанастомоза.

Селективная проксимальная ваготомиа (СПВ) выполнена у 9,9 % больных. Показаниями к СПВ у больных ЯБ ДПК являлись повторные язвенные осложнения, длительное непрерывно-рецидивирующее течение ЯБ, невозможность получения пациентами адекватной послеоперационной антисекреторной терапии.

При сочетании язв желудка и ДПК, язве в области сфинктера и полном разрушении передней полуокружности сфинктера (2 – 3 сектора) и миосклерозе более 1/3 его окружности нами выполнена резекция желудка (РЖ).

Незначительное количество выполнения истинных пилоропластик при ЯБ ДПК было связано с тем, что интрадуоденальная ревизия позволила нам провести точную дифференциальную диагностику между рубцово-язвенным поражением привратника и более часто встречающимся поражением юкстапилорического (базального) уровня ДПК.

В послеоперационном периоде при изолированных вмешательствах в пилорoduоденальной зоне нами проводился суточный интрагастральный рН-мониторинг с индивидуальным подбором антисекреторных препаратов, а так же определение полиморфизма CYP2C19.

При наличии стеноза, по данным послеоперационного рентгенологического исследования, размеры желудка восстанавливались в срок от 2,5 до 6 месяцев в зависимости от степени выраженности стеноза и его продолжительности.

Рецидив ЯБ ДПК в области операции при наблюдении за пациентами в срок до 10 лет возник в 6,3 % случаев. Повторных операций не было.

Таким образом, истинное поражение привратника обуславливается как характером самого осложнения, так и видом выполняемого оперативного вмешательства, выполнением во время него экстра- и интрадуоденальной ревизии и составляет от 2,3 до 5,3 %. Современные хирургические технологии позволяют восстанавливать структуру и функцию привратника. Показаниями к удалению привратника являются сочетание язв желудка и ДПК, необратимые поражение привратника.

Д.Ю. Чечетка¹, К.Г. Норкин¹, А.Ю. Ди²

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

¹ *Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)*

² *Городская клиническая больница № 2 (Владивосток)*

Проблема лечения больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) не утратила своей актуальности и является одной из серьезнейших проблем в хирургии.

Несвоевременная диагностика и неадекватное лечение больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей на ранних стадиях заболевания, а также позднее обращение боль-

ных за медицинской помощью приводит к тому, что около 75 % этого контингента больных поступает в хирургические стационары с КИНК (Савельев В.С., Кошкин В.М., 1997; Золотов Г.К., 2004; Соколов А.Г., 2000, 2006).

Проведен анализ результатов лечения 632 больных с КИНК в двух отделениях сосудистой хирургии и общехирургическом отделении за период с 1999 по декабрь 2006 года. У 256 больных была III степень ишемии, у 376 пациентов — IV степень ишемии.

Всем больным проводилось следующее обследование: ультразвуковое триплексное ангиосканирование сосудов нижних конечностей, брахиоцефальных артерий, ЭКГ, ЭХОКС, коагулограмма, липидограмма. Больным которым планировалось оперативное лечение выполняли ангиографическое исследование, у больных которым планировалось выполнить реконструктивные операции в аорто-бедренном сегменте выполняли стресс-ЭХОКС для выявления скрытой коронарной недостаточности.

Несмотря на распространенность и многоэтажность поражения артерий у больных с критической ишемией для улучшения гемодинамики в пораженной конечности, прежде всего, старались применять хирургические методы. В частности предпочтение отдаем сочетанию оперативных вмешательств.

Возможность выполнения реконструктивной операции у больных с критической ишемией имела далеко не всегда, в таких случаях для улучшения кровообращения в пораженной конечности применяем так называемые паллиативные вмешательства — поясничную симпатэктомию (ПСЭ), реваскуляризирующую остеотрепанацию (РОТ) и др.

У 165 больных выполнены различные реконструктивные операции на аорто-бедренно-подколенном сегменте. Выбор хирургической тактики зависел от объема и сочетанного поражения терминального отдела брюшной аорты, магистральных артерий нижних конечностей и экстракраниальных сосудов головного мозга. Реконструктивные операции у 123 больных дополняли паллиативными вмешательствами, с целью увеличения дистального артериального русла. Паллиативные вмешательства выполнены у 256 пациентов: у 102 больных выполнена ПСЭ, у 56 — РОТ, и у 98 — сочетание ПСЭ и РОТ. Остальные больные получали лишь консервативное лечение. 30 больным после купирования КИНК выполнены каротидные эндартерэктомии.

В течение последнего года в общехирургическом отделении выполняли реконструктивные операции в области бедренно-подколенного сегмента, глубокой артерии бедра, ПСЭ, РОТ.

Все пациенты получали комплексное медикаментозное лечение с дезагрегантами, микроциркулянтами, гипербарическую оксигенацию. У больных с КИНК по возможности, считаем целесообразным использование вазaproстана, как самого эффективного препарата. Курс с использованием вазaproстана внутривенно в дозе 60 мкг в течение 10 — 20 дней проведен у 115 больных. 28 больным вазaproстан вводился в катетеризированную поверхностную надчревную артерию в дозе 20 мкг в течение 8 — 12 дней.

Несмотря на проводимое лечение в стационаре, у 148 (23,4 %) больных пришлось выполнить ампутацию конечности на уровне бедра или голени. Активная хирургическая тактика и комплексный подход, особенно в условиях общехирургического отделения, позволила значительно снизить количество высоких ампутаций у больных с КИНК.

Все больные после проведенного лечения в стационаре находились под наблюдением ангиохирурга в поликлинике, где проводилось контрольное и динамическое обследование пациентов с коррекцией лечения.

Пациенты осматривались ангиохирургом в поликлинике через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев, даже при полном купировании клиники критической ишемии. При необходимости больным в поликлинике проводилось ультразвуковое триплексное ангиосканирование артерий нижних конечностей, также в динамике обязательным является оценка эффективности липидкорректирующей терапии.

Медикаментозное лечение, проводимое в амбулаторных условиях, считаем наиболее важным компонентом лечения больных с ишемией нижних конечностей, которое должно быть непрерывным и пожизненным.

Используя комплексный и этапный подход, мы добились уменьшения количества высоких ампутаций практически вдвое, и значительно уменьшился процент рецидива критической ишемии конечностей.

Таким образом, больные с критической ишемией нижних конечностей нуждаются в комплексном лечении с использованием всех возможных методов лечения на стационарном и амбулаторном этапах, что улучшает результаты лечения этой тяжелой категории пациентов и повышает качество их жизни.