

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С диагнозом анальной инконтиненции в отделение наблюдалось 22 пациента. Из них диагноз органической недостаточности анального сфинктера и показания к оперативному лечению были выявлены у 13 (11 женщин и 2 мужчин). Традиционная сфинктеропластика бок-в-бок назначалась при наличии нарушений в показателях лишь одного из датчиков и была выполнена у 3 пациентов. Леваторосфинктеропластика назначалась при наличии нарушений по 2 или 3 соседним датчикам, вариант пластики (передний или задний) определялся суммарным вектором ориентирования датчиков, в которых отмечалось нарушение, и была выполнена у 8 пациентов. Глютеосфинктеропластика назначалась при наличии нарушений по 4 и более датчикам и была выполнена у 2 пациентов. Вариант операции (правая или левая) определялся, как и при леваторосфинктеропластике, направлением суммарного вектора датчиков с нарушениями. Всем пациентам при выписке из стационара рекомендовалось выполнение лечебной гимнастики для тренировки наружного анального сфинктера.

Оценку результатов лечения проводили на основании оценки субъективных жалоб и динамики показателей аноректальной манометрии. В ранние сроки (до 6 мес.) результаты оперативного лечения были оценены как хорошие (восстановление функциональных показателей анального сфинктера, отсутствие субъективных жалоб) у 11 (84,6 %) пациентов, удовлетворительные (сохранение некоторых субъективных жалоб или сила волевого сокращения анального сфинктера менее 25 % не более чем по 1 датчику) у остальных 2 (15,4 %) пациентов. Неудовлетворительных результатов отмечено не было.

Двум пациентам с удовлетворительным результатом в ранние сроки после операции дополнительно проводились курсы консервативной терапии с использованием капсулы АЭС ЖКТ на гибком проводнике, что позволило улучшить субъективные и объективные показатели к моменту очередного контрольного исследования. Таким образом, в отдаленные сроки (1 – 3 года после операции) результаты лечения всех 13 пациентов были расценены как хорошие.

ВЫВОДЫ

Использование аноректальной манометрии и профилометрии, в частности, при анальной инконтиненции позволяет выбрать адекватный вариант оперативного пособия и обеспечить хороший и стойкий эффект лечения.

Р.С. Лобачев

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КУЛЬТЫ ЖЕЛУДКА
ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Заболеваемость язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в Российской Федерации по-прежнему, не имеет тенденции к снижению. Одним из самых эффективных методов оперативного лечения язвенной болезни является дистальная резекция желудка в различных модификациях. Несмотря на внедрение в клиническую практику разнообразных способов резекции желудка, уже описаны свыше 60 различных пострезекционных синдромов, которые омрачают результаты хирургического лечения. Основную пусковую причину их развития многие исследователи видят в утрате антрального отдела и привратника.

Разработанные и внедренные в практику арефлюксные анастомозы после дистальной резекции желудка по поводу гастродуоденальных язв, позволяет восстановить арефлюксную функцию утраченного клапанного аппарата и создать условия для нормального продвижения пищи по пищеварительному тракту.

Применение комплексных объективных методов обследования позволяет значительно повысить эффективность диагностики и расширить представление о патогенетических механизмах развития послеоперационных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

При помощи комплекса объективных методов обследования изучить динамику изменений структуры и функции культи желудка у пациентов после дистальных резекций желудка по Billroth I по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне различных модификаций формирования гастродуоденоанастомоза.

Работа основывается на результатах комплексного клинического обследования 235 больных в различные сроки после оперативного лечения по поводу дуоденальных язв (187 мужчин и 48 женщин в возрасте от 18 до 69 лет). Средний возраст — 50 ± 3 года.

В зависимости от характера оперативного вмешательства были выделены три группы обследованных: I группа — 50 человек после дистальной резекции по Billroth-I без формирования пилорусмоделирующего анастомоза;

II группа — 82 человека после дистальной резекции желудка по Billroth-I с формированием пилорусмоделирующего жома в области анастомоза;

III группа — 103 пациента после дистальной резекции желудка по Billroth-I с формированием искусственного пилорического жома и клапана-«створки» в области анастомоза.

Пациентам проводилось комплексное динамическое обследование в контрольные сроки наблюдения. Кислотопродуцирующую функцию желудка оценивали аспирационно-титрационным зондовым методом и кратковременной внутрижелудочной pH-метрией («Ацидогастрометр АГМ-05К» в модификации «Гастроскан-5»). Моторно-эвакуаторная функция культи желудка исследовали с помощью рентгенодиагностического комплекса РУМ-20М. Для проведения электрогастрографии использовали стационарную систему регистрации физиологических параметров «POLYGRAF ID» компании Medtronic Functional Diagnostic A/S. Для определения органической полноценности всех слоев стенки гастродуоденоанастомоза проводилась эндоскопическая ультрасонография (эндоскопический ультразвуковой центр видеогастроскопа GIF-1T140, видеосистемы «EVIS EXERA GLV-160», «Olympus» EU-M30 с системным видеоцентром «Olympus CV-160» компании «Olympus», Япония). Микроскопическая оценка состояния слизистой оболочки культи желудка проводилась в соответствии с принципами «Классификации и градации гастрита. Модифицированной Сиднейской системы» (1996). Статистическая обработка данных проводилась с помощью персонального компьютера Pentium 4 с использованием статистического пакета программ Microsoft Excel для операционной системы Windows XP, программы «Biostat».

Фактические данные, полученные в ходе проведенного исследования секреторной, моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка, функциональной и анатомической полноценности гастродуоденоанастомоза, а также морфологического исследования слизистой оболочки культи желудка свидетельствуют о преимуществе пилорусмоделирующих резекций желудка над пилорусразрушающими.

Разработанные технологии резекции желудка с формированием арелфлюксного гастродуоденального анастомоза, устраняя основные звенья патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, обеспечивают безопасный уровень секреции, корректную работу оперированного желудка, предупреждая развитие основных постгастрорезекционных расстройств.

Р.С. Лобачёв, В.Ю. Мосолков

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПИТАТЕЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПИЩЕВОДА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Хирургическое лечение больных с опухолью пищевода представляет собой сложную проблему, особенно при наличии длительной непроходимости пищевода и, как следствие, снижения питательного статуса больного. В этой связи нами разработан и применяется на практике способ формирования арелфлюксной еюностомы, позволяющий проводить полноценное энтеральное питание у пациентов в предоперационном периоде, уменьшая явления катаболизма.

Способ осуществляется следующим образом.

После выполнения верхне-срединной лапаротомии дистальнее связки Трейца на 15 см мобилизуется тощая кишка по Ру. Отступая от дистального конца кишки на 12 — 15 см, накладывается межкишечный анастомоз по типу «конец в бок». Ушивается окно в брыжейке. Отступая от свободного конца кишки на 3 — 4 см (в зависимости от толщины передней брюшной стенки), пристеночно лигируются 3 брыжеечных сосуда. На середине мобилизованного участка кишки циркулярно рассекается серозно-мышечная оболочка. Выше и ниже этого разреза на 15 — 20 мм производится еще 2 разреза серозно-мышечной оболочки кишки. При этом разрез, начинаясь от брыжеечного края, отступая от него на 2 — 3 мм, расширяясь идет к противобрыжеечному краю кишки, разрез описывает фигуру типа эллипс. Это позволяет при формировании клапана не сузить просвет кишки в основании клапана и удлинить его за счет противобрыжеечного края кишки. А неполное пересечение в области брыжеечного края серозно-мышечной оболочки, позволяет сохранить достаточное кровоснабжение стенки кишки. Затем накладываются 4 — 6 узловых швов, на верхний и нижний края рассеченной серозно-мышечной оболочки. Поочередным завязыванием швов и дополнительным погружением стенки кишки диссектором образуются клапан. Тем самым создается инвагинационный клапан, внутреннее отверстие которого постоянно закрыто. Через дополнительный разрез в левой мезогастральной области формируется губовидный свищ. Рану передней брюшной стенки зашивают наглухо.