

После иссечения язвы на фоне ежедневного приема ИПП с доказанной эффективностью (не рекомендуем работать с дженериками), примерно у 80 — 90 % пациентов не возникает рецидивов язвенной болезни. В данном случае ключом к успеху является ежедневный и только двухразовый прием ИПП без каких-либо перерывов с прохождением профилактических обследований не реже двух раз в год. В план обследования мы включаем ЭФГДС, исследование РН желудочного сока, исследование моторики проводим как на аппарате POLIQRAF, так и посредством рентгеноскопии.

Если имеет место рецидивирующий характер течения болезни, то предпочтение отдаем органосохраняющим методикам в частности проксимальной селективной ваготомии в сочетании с тем или иным видом дуоденопластики. Каждый хирург, который оперировал пациентов с ранее ушитыми перфоративными язвами (лапаротомным доступом), знает, насколько усложняется его задача в выполнении радикальной операции. После эндоскопического ушивания язвы таких проблем просто нет. Настроить пациента на полноценное и длительное консервативное лечение после перенесенного им стресса вызванного перфорацией язвы — это и боль и страх смерти, да и страх от самой предстоящей операции, как правило, не представляет особой трудности и зависит лишь от добросовестности лечащего врача.

ВЫВОД

Считаем, что эндоскопический метод, как самостоятельный вид оперативного пособия, так и дополненный минидоступом, является методом выбора в лечении перфоративной язвы с давностью перфорации до 12 часов и данная группа пациентов не имеющих «стандартных» противопоказаний к лапароскопии должна оперироваться именно так.

А.С. Медведев

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БУЛЬБАРНЫХ ЯЗВ

Межрегиональный Центр хирургии и гастроэнтерологии ФГУЗ КБ № 81 ФМБА России (Томск)

ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является чрезвычайно широко распространенным заболеванием среди населения индустриально развитых стран. В России — на учёте находится около 3 млн. больных. С учетом того, что язвенная болезнь поражает, в основном, людей трудоспособного возраста, проблема лечения данной патологии весьма актуальна как в медицинском, так и в социальном аспекте. Хирургия желудка насчитывает более чем столетнюю историю. Несмотря на успешную разработку в нашей стране и за рубежом вопросов диагностики и лечения дуоденальной язвы, проблему обоснования выбора её хирургического лечения нельзя было считать окончательно решенной.

Полагаем, что эта проблема остается не решенной до настоящего времени, однако трудно не признать и успехов консервативного лечения. Язвенная болезнь перестала восприниматься «временным недугом» проходящим вместе с рубцеванием и заживлением язвы, так как даже после заживления язвы сама причина образования язвы, т.е. сама болезнь, остается и требует длительной, а порой и пожизненной терапии. Все это привело к снижению частоты плановых операций более чем в 2 раза, однако число экстренных оперативных вмешательств не имеет тенденции к снижению, а ведь именно здесь кроется наибольший процент осложнений вплоть до летального исхода. Тем самым новое направление в хирургии, в сочетании с консервативной терапией язвенной болезни позволяет добиться максимально эффективного и вместе с тем минимально инвазивного лечения язвенной болезни с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Это в итоге сокращает экономическую стоимость и продолжительность стационарного лечения, ускоряет восстановление данной категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами разработан способ дуоденопластики с селективной проксимальной ваготомией для лечения язв передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Разработанный способ включает верхнюю срединную лапаротомию, мобилизацию луковицы двенадцатиперстной кишки и иссечение язвы с одномоментным формированием клапана. Для этого на передней стенке луковицы, отступив 3 — 4 мм от пилорического жома, выполняем два полулунных разреза переднебоковых стенок, отсекая участок кишки эллипсовидной формы с язвой. После этого на передней стенке луковицы ДПК формируем клапан-створку, отступив от нижнего края 20 — 22 мм, параллельно ему выполняем дополнительный разрез полулунной формы глубиной до подслизистого слоя и отсекаем получившийся лоскут, затем ушиваем слизисто-подслизистый слой и формируем дубликатуру, путем погружения десерозированного участка, ушиваем серозно-мышечные оболочки отдельными узловыми швами узелками вовнутрь, после этого выполняем селективную проксимальную ваготомию в модификации клиники. Та-

ким образом, удается максимально неинвазивно иссечь язву и усилить запирающую функцию пилорического жома, в рамках профилактики развития рефлюкс гастрита после селективной проксимальной ваготомии и снижение уровня кислотности желудочного сока, как устранение основного фактора развития язвенной болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По описанной методике был прооперирован 21 пациент возрастной группы от 28 до 65 лет, с длительностью заболевания от 5 до 30 лет; 75 % составили мужчины. В нашей клинике активно используются с диагностической целью эндоскопическая и трансабдоминальная ультрасонография, так как результаты исследований дают отчетливое представление о функциональной активности желудка, привратника и ДПК, характере нарушений эвакуации желудочного содержимого, выраженности ДГР в реальном масштабе времени, а так же в ходе проводимого обследования можно визуализировать пилорический жом и оценить степень его функциональной состоятельности.

В предоперационном периоде регистрировали в исследуемой группе ДГР 2 степени у 73 % и 3 степень у 27 % пациентов. В послеоперационном периоде с течением времени картина имела явную положительную динамику, причем более заметна она была в первые 6 месяцев, когда наблюдалось заметное снижение процента ДГР 2 и 3 степени, в последующем периоде кардинальных изменений не происходило. Кроме общепринятых ультразвуковых параметров оценки моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса, проводится дифференциальная диагностика нарушений антродуоденальной координации по методике, разработанной в клинике. Через 5 лет после операции средний показатель базальной кислотопродукции у оперированных больных составил $2,2 \pm 0,17$ ммоль/час. Продукция соляной кислоты при стимулировании гистамином была в среднем $3,7 \pm 0,91$ ммоль/ч. В более поздние сроки происходило незначительное увеличение содержания свободной соляной кислоты в желудочном соке в пределах, исключающих возникновение рецидива язвы.

ВЫВОДЫ

Результаты, полученные в ходе проведения всего комплекса послеоперационного обследования, не имели принципиальных отличий от уже представленных. Новый способ дуоденопластики зарекомендовал себя как надежный и физиологичный метод лечения пациентов с язвенным поражением передней стенки ЛДПК когда в рубцовое поле вовлекается пилорический жом с развитием его несостоятельности при отсутствии признаков пилоростеноза. Считаем, что данный метод обеспечивает достаточную радикальность лечения язвенной болезни и ее осложнений с сохранением привратникового механизма и дуоденального пассажа.

Л.П. Милюкова, Н.В. Умань, Г.С. Юрков

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

ГУЗ Иваново-Матреннская детская городская клиническая больница (Иркутск)

Считается общепринятым положение о том, что при перекруте придатков матки острая ишемия органов в ближайшие 10 часов приводит к диффузному кровоизлиянию и некрозу тканей. С целью предупреждения таких осложнений, как перитонит или тромбоэмболия сосудов, выполняется оперативное вмешательство с целью удаления перекрученного образования. Между тем, имеются отдельные сообщения о возможности расправления ущемленного органа и сохранении его как анатомической структурной единицы.

Обследовано 50 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с перекрутом придатков матки, находившихся на лечении в отделении экстренной и плановой хирургии ИМДГКБ в 1995–2005 гг. В наблюдаемой группе были 25 девочек до 12 лет и 25 девушек пубертатного возраста.

Изучены анамнез, клиническая картина, данные ультрасонографических исследований органов малого таза, протоколы оперативных вмешательств, видеоматериалы лапароскопических исследований.

Все дети поступили в клинику с подозрением на острый аппендицит, у 15 не исключалась возможность перекрута придатков матки. У 16 общее состояние соответствовало I тяжелому, сопровождалось выраженной тошнотой, многократной рвотой, резкими болями внизу живота. Остальные чувствовали себя удовлетворительно, указывали на боли в животе при смене положения, симптомы тошноты и рвоты, которые в течение 2–3 часов закончились самопроизвольно, пришлось на начало заболевания. У всех девочек зарегистрирована субфебрильная температура, умеренный лейкоцитоз крови без сдвига формулы. Пальпация живота вызывала резкое беспокойство у детей с тяжелым со-