

T.P. Sizikh, L.P. Kovaleva, L.A. Poljanskaya, V.I. Songolov, S.A. Magadaeva, L.A. Sorokovikova.

(Irkutsk State Medical University)

The influence of the complex of factors of the Rezet "Arshan" in 10-14 days course of treatment on the course of chronic cholecystitis as compared to the traditional drug therapy has been studied. It has been revealed that the complex of sanatorium-rezert factors has more wider spectrum of actions, than drug treatment only. There have been obtained analgetic, cholekinetic, choleric and litholytic effects as well as antiinflammatory, spasmolytic ones and improving metabolic processes in liver, decreasing intoxication, astenic and depressive phenomena and normalizing motility of gallbladder and biliary ways.

Литература

1. Антонов О.С., Ротанов О.П. Ультразвуковая диагностика дискинезий желчных путей // Тер. архив. - 1986. - Т.58, №2. - С.91-99.
2. Алексеев Р.О. Сонография стенки желчного пузыря // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1990. - №5-6. - С.111.
3. Богер М.М., Мордов С.А. Ультразвуковая диагностика органов пищеварения // Клини. мед. - 1985. - №2. - С.7-100.
4. Виноградов В.В., Зима П.И., Мазаев П.Н. Диагностика холецистита // М. Медицина, 1978. - С.57-62.
5. Доценко А.П., Чинченко Е.И., Квелашвили Д.В. Бескаменный холецистит. - Киев: Здоровья, 1990. - С.54.
6. Запеева В.В., Семёненко М.Г. Ошибки в диагностике хронического холецистита // В сб.: Актуальные вопросы диагностики и лечения холецистита. - Краснодар, 1988. - С.39-44.
7. Евстафьева Т.Н., Надгиреев М.К., Славов А.И., Гурджиян М.Д., Ермошенко Б.Г. // Значение ультразвуковой диагностики при заболеваниях желчевыводящей системы / В кн. Актуальные вопросы диагностики и лечения холецистита. - Краснодар, 1988. - С.35-39.
8. Лемешко З.А. Методическое ультразвуковое исследование брюшной полости // Клини. медицина. - 1987. - №2. - С.134-141.
9. Логинов А.С., Ходарев Н.Н., Бычков Ю.П., Топорков А.С. Диагностические возможности ультразвукового сканирования при заболеваниях желчевыводящих путей и печени // Тер. архив. - 1980. - №8. - С.134-136.
10. Ногаллер А.М. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. - М., 1969.
11. Поляк Е. З. Рентгенологические показатели основных функций желчного пузыря в норме и при холецистите. Автореф. ... дис. д.м.н. - Киев, 1968.
12. Савельев В. С., Петухов В.А., Нарайкин А.В., Фомин Д.К. Внепеченочные билиарные дисфункции при липидном дистресс-синдроме: этиопатогенез, диагностика и принципы лечения // Приложение к Рос. мед. жур. - Болезни органов пищеварения. - 2002. - Т.4, №2. - С.62-69.
13. Скуя Н.Я. Хронические заболевания желчных путей. - Л., 1972.
14. Цыб А.Ф., Дергачев А.И. Ультразвуковая интраскопия в диагностике заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих протоков // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1990. - №5-6. - С. 111-112.
15. Циммерман Я.С., Головский Б.В. Хронический бескаменный холецистит // Клини. медицина. - 1983. - №5. - С.129-136.
16. Anastasi B., Sutherland G. R. Biliary sludge ultrasonic appearance simulatid neoplasm // Brit. J. Radiol. - 1981. - Vol.54. - P.975-977.

© ВИННИК Ю.С., ПЕТРУШКО С.И., ПОПОВ Д.В. -
УДК 616.342-002+616.379-008.64(571.53)

НОВЫЙ МЕТОД ОРГАНОВОССТАНАВЛИВАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Ю.С. Винник, С.И. Петрушко, Д.В. Попов.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор - акад. РАЕН и АН ВШ, д.м.н., проф. В.И. Прохоренков, кафедра общей хирургии, зав. - д.м.н., проф. М.И. Гульман)

Резюме. Нами разработан новый метод пилороросстанавливающей операции при язвенной болезни пилорoduodenальной зоны. Метод выполняется при поражении на 1/2 передней стенки привратника. С использованием микрохирургической технологии перемещается сформированный серозно-мышечный лоскут пилоруса. Этот метод позволяет сохранить и компенсировать функциональную активность сфинктера

Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины, несмотря на значительные успехи гастроэнтерологии. Это объясняется большой распространенностью заболевания с частым осложненным течением,

поражающего людей наиболее трудоспособного возраста [1,5,8,9,11].

По литературным данным [2,3,4,6,7,10] на долю пилорoduodenальных язв приходится от 4,5 до 12,4%. Наличие язвенного дефекта вблизи пилорического жома или вовлечение последнего в па-

тологический процесс в неотложной ситуации является показанием к ушиванию язвы или первичной резекции желудка, так как существующие органосохраняющие методы не позволяют восстановить поврежденный привратник [6].

Частое повреждение пилорического жома рубцово-язвенным процессом и отсутствие в исследованной литературе описаний истинных пилорореконструирующих методов лечения при язвенной болезни ДПК послужили поводом к разработке новой технологии.

Материалы и методы

В случае поражения привратника на 1/2 по длине и 1/2 по ширине разработана пилородуоденопластика с использованием перемещенного лоскута (рис.1) (заявка №2002118347/14 (019180) приоритетная справка от 8.07.2002).

Используемый в абдоминальной хирургии диаметр желудочно-кишечных анастомозов, для предотвращения демпинг-синдрома и рефлюкса, составляет 1,5 см. Нами для определения размера иссечения привратника без сужения внутреннего просвета взята за основу эта величина. Используя расчетную формулу длины окружности $L=2\pi R$ и диаметр привратника в норме, который равен 3,5 см и внутреннем просвете 2 см длина окружности со стороны серозной оболочки составляет 10,99 см, а со стороны слизистой оболочки - 6,28 см. При внутреннем просвете 1,5 см наружный диаметр равен 3 см, длина окружности со стороны серозной оболочки становится равной 9,42 см, со стороны слизистой оболочки - 4,71 см, при этом, находим возможную иссекаемую часть привратника. $L=10,99 \text{ см} - 9,42 \text{ см}=1,57 \text{ см}$.

Пилородуоденопластика при поражении привратника на 1/2 по ширине и 1/2 по длине



Рис. 1. Показания к выполнению пилорореконструирующей пилородуоденопластики перемещенным лоскутом (а - длина привратника; б - ширина привратника)

В силу анатомических особенностей передневерхняя часть привратника наибольшая по ширине и толщине, поэтому она наиболее удобная для формирования перемещаемого лоскута. При рассечении пилоруса по ходу циркулярных мышеч-

ных волокон до подслизистого слоя и мобилизации серозно-мышечного лоскута (рис.2) необходимо предотвратить повреждение пилорической вены, так как пересечение вены Мэйо способствует развитию отека подслизистой оболочки привратника - основного коллектора микроциркуляторного русла. При мобилизации лоскута требуется четкое послойное рассечение тканей с предотвращением повреждения подслизистой оболочки. Перемещаемый лоскут шириной до 5 мм с сохранением сосудисто-нервных элементов. Это обеспечивает его жизнеспособность и функциональную активность, что подтверждено в эксперименте. Слизистой оболочки всегда в достаточном количестве из-за подвижности подслизистого слоя, это позволяет сохранить основные сосуды и нервные окончания, предотвратить несостоятельность шва на пилорусе.

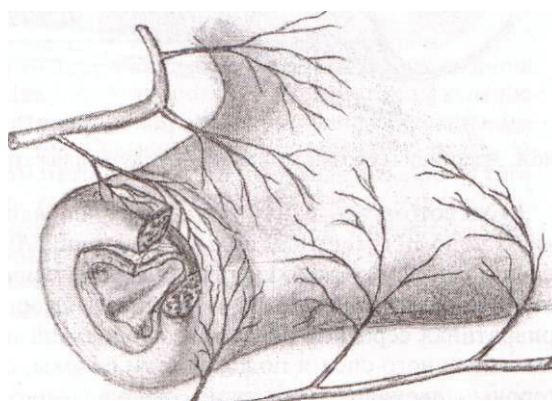


Рис.2. Этап мобилизации серозно-мышечного лоскута привратника

Поскольку шов асептичен, внутренние слои пилородуоденальной раны не вовлекаются в послеоперационный рубец. В шов захватывается серозная оболочка и часть продольной мускулатуры привратника, что предупреждает повреждение циркулярной порции жома, которая обеспечивает замыкательную функцию пилоруса (рис.3).

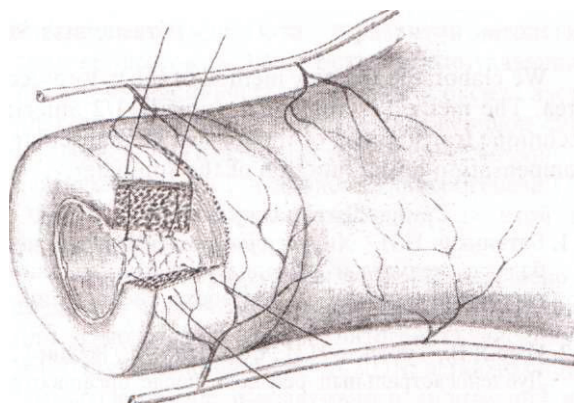


Рис.3. Сопоставление серозно-мышечного лоскута пилоруса с противоположным краем раны.

Используется монофиламентная нить из рассасывающегося материала 5/00 или 6/00. Предвари-

тельная мобилизация лоскута сводит к минимуму натяжение кишечного шва.

После этого восстанавливается целостность сфинктера. Для этого используется мононить 6/00 из рассасывающегося материала и непрерывным серозно-мышечным швом (рис.4) сводят края раны (мышечная часть шва - это часть продольной мускулатуры сфинктера).

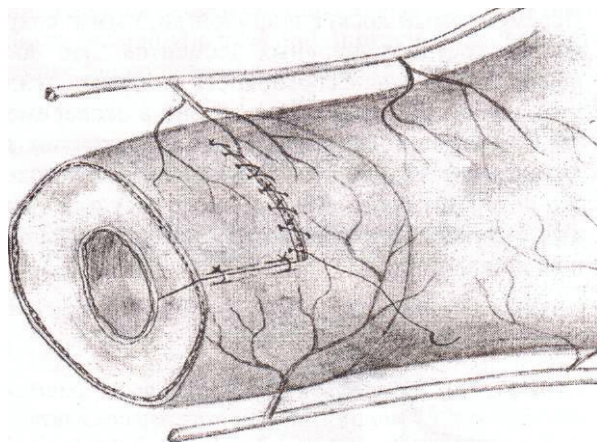


Рис.4. Адаптация серозно-мышечного лоскута привратника

Дуоденотомную рану ушивают однорядным швом монофиламентной нитью 4/00 или 5/00 с использованием микрохирургической и прецизионной технологии с захватом в шов со стороны привратника серозной оболочки, продольной порции мышечного слоя и подслизистой основы, а со стороны двенадцатиперстной кишки серозно-мышечно-подслизистого комплекса.

Результаты и обсуждение

По разработанному методу нами прооперированно 6 больных с перфоративной пилородуоденальной язвой. На 14-е сутки после операции больным выполнены рентгеноскопия желудка и ДПК, ФГДС.

A NEW METHOD THE ORGAN-RECONSTRUCTIVE OPERATIONS IN ULCER DISEASE OF THE PYLORODUODENAL AREA

Y.S. Vinnik, S.I. Petrushko, D.V. Popov

(Krasnojarsk State Medical Academy)

We elaborated the new method of the pylororeconstructive operation in ulcer disease of the pyloroduodenal area. The method is applied in injuries 1/2 anterior wall of the pylorus. With the help of the microsurgical technique transference of the formed seromuscular flaps of the pylorus happens. It was directed to saving and compensation of the function of the sphincter.

Литература

1. Батвинков Н.И. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на современном этапе // Здравоохр. Белоруссии. - 1983. - №2. - С.53-56.
2. Гоер Я.В., Тутченко Н.И., Соломко А.В., Рошин Г.Г. Дуоденогастральный рефлюкс после органосохраняющих операций по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. хирургия. - 1990. - №8. - С.34-36.
3. Кочетков А.В., Барашков В.Г., Папазов В.И. Индивидуальный подход к хирургическому лечению и медицинской реабилитации больных дуоденальной язвой // Вестн. хирургии. - 1996. - Т.155, №6. - С.21-25.
4. Кутяков М.Г., Хребтов В.А., Ермолаев В.А. и соавт. Применение пилоросохраняющих операций в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом // Вестн. хирургии. - 1997. - Т.156, №5. - С.20-22.
5. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. - СПб.: Гиппократ, 2000. - 358 с.
6. Матюнина Э.Г. Сравнительная характеристика органосохраняющих методов оперативного лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки:

При рентгеноскопии: желудок - формы вытянутого крючка, расположен обычно. Перистальтика живая, контуры ровные, четкие, эвакуация через 20 минут после поступления бария в желудок, своевременно, по ритмическому типу, перистальтика и контуры ДПК без изменений (рис.5).

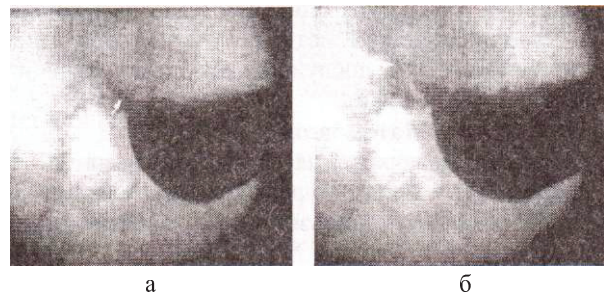


Рис.5. Рентгенография желудка и ДПК

Примечание: а - контраст в пилорическом канале, б - контраст выполнил пилорический канал и основание ДПК.

На ФГДС: дуоденогастрального рефлюкса нет, пилорический жом смыкается полностью и ритмично, аппарат свободно проходит в ДПК, деформации пилорического кольца не обнаруживается.

По данным рентгеноскопии у 1-го больного отмечен отек слизистой пилородуоденального перехода. На ФГДС у этого больного выявлена легкая степень выраженности анастомозита. Данные изменения купированы консервативным методом.

Таким образом, использование микрохирургической техники позволяет восстанавливать поврежденный язвенным процессом привратник без существенного сужения пилорического кольца при сохранении функциональной активности жома.

- Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Хабаровск. - 2000. - 23 с.
7. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. - М., 1979. - 160 с.
8. Сальман М.М. Рентгенологическая оценка результатов лечения органосохраняющих операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клини. мед. - 1997. - №5. - С.28-29.
9. Соколов Г.Е., Белобородова Э.И., Жерлов Г.К. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. - Томск, 2001. - 382 с.
10. Хачиев Л.Г., Калиш Ю.И., Рахманов А.В. и др. О частоте и некоторых особенностях осложненных форм язвенной болезни желудка // Вестн. хирургии. - 1982. - №3. - С.23-26.
11. Ярема И., Яковенко И. Язвенная болезнь желудка // Мед. газета. - 2002. - №88. - С.8-9.

О ШИЛОВ С.Н., ПИЛЬСКАЯ С.Л., СОЛДАТОВА О.Г., НИКОЛАЕВА Н.Н., ТРУФАНОВА Л.В.,
ГИТЛИНА А.Г. -
УДК 616.342-002.44-073.759

НАРУШЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ МОТОРИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*С.Н. Шилов, С.Л. Пильская, О.Г. Солдатова, Н.Н. Николаева,
А.В. Труфанова, А.Г. Гитлина.*

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор - акад. РАЕН и АН ВШ, д.м.н., проф.
В.И. Прохоренков, кафедра патофизиологии, зав. - проф. С.Н.Шилов)

Резюме. Исследование моторно-эвакуаторной функции желудка и проксимальных отделов тонкого кишечника у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки методом компьютерной гастроэнтерографии (ЭГЭГ) показало значительное нарушение биоэлектрической и моторной активности ЖКТ, как в период обострения, так и ремиссии, что позволяет считать нарушение гастроинтестинальной моторики фактором патогенеза язвенной болезни. Кроме того, у больных ЯБ ДПК по данным кардиоритмографии установлены признаки энергодифицитного метаболизма. Доказывается также участие нитрооксидергических процессов в ульцерогенезе.

Полученные результаты позволяют рекомендовать ЭГЭГ исследование, определение реактивности медленноволновых колебаний гемодинамики и содержания оксида азота в сыворотке крови для прогнозирования тяжести течения патологического процесса и индивидуализации лечебных мероприятий.

Язвенная болезнь (ЯБ) широко распространена во всем мире, а среди заболеваний органов пищеварения занимает ведущее место.

В России ЯБ страдают почти 10% взрослого населения, причем 60-70% язв локализуются в двенадцатиперстной кишке [3]. Чаше всего эта патология встречается у людей молодого, работоспособного возраста, от 20 до 40 лет [14]. В течение года рецидивы наблюдаются у 66,6% больных, осложнения - у 19,3%, что приводит к длительной нетрудоспособности или инвалидизации больных и экономическим потерям [3].

Ряд научных исследований, посвященный изучению механизмов развития заболевания, разработке и внедрению в клиническую практику все новых методов диагностики, лечения и реабилитации, дает пока, к сожалению, скромные положительные результаты [6].

Одной из нерешенных проблем в изучении механизмов развития язвенной болезни остаются нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника. Отмечается также важная роль дисмоторики не только в течение основного заболевания, но и в развитии осложнений [15]. Однако, характер, закономерности и патогенетические механизмы дискинезий ЖКТ при язвенной болезни изучены недостаточно [11]. Вероятно, это обусловлено отсутствием до недавнего времени доступных, безопасных неинвазивных методов исследования моторики ЖКТ [10]. При этом, до

настоящего времени остаются актуальными поиски новых факторов патогенеза дисфункции ЖКТ при ЯБ. В последние годы интенсивно изучаются уровни энергообеспечения метаболических процессов и адаптивных реакций в условиях той или иной патологии [1,4,13], однако, данных, касающихся язвенной болезни, до настоящего времени не получено.

Вместе с тем, новейшие исследования в области патофизиологии существенно расширили представления о роли ауто- и паракринных медиаторных систем эндотелиального происхождения, в частности, оксида азота, в развитии патологических процессов [8,9,17]. Есть первые указания на то, что интенсивность образования оксида азота в клетках эндотелия и вегетативной нервной системе может оказывать регулирующее влияние на деятельность ЖКТ и процесс ульцерогенеза [7,8]. Однако, специальных исследований по этой проблеме не проводилось.

С учетом вышеизложенного, было решено исследовать состояние моторно-эвакуаторной функции и некоторые звенья патогенеза дискинезий ЖКТ при язвенной болезни ДПК, а также определить содержание вазоактивного эндотелиального фактора - оксида азота в сыворотке крови при обострении и ремиссии язвенной болезни ДПК, и в условиях эксперимента установить значение NO-зависимых процессов в ульцерогенезе.