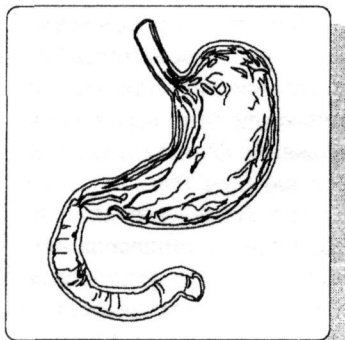


9. Baylis P.H. // Coil Physicians Lond. 1998 Mar.-Apr. 32. P. 108-111.

10. Cemeroglu A P., Blaivas M., Muraczko K M. et al. // Eur. J. Pediatr. 1997. Sep.82 (11). P. 684-688.

11. Imura H., Nakao K., Shimatsu A. et al. // N. Engl. J. Med. 1993. Vol. 329, P. 683-689.

12. Nishioka H., Ito H., Fukushima C. // Neurosurgery. 1997. Sep. 41. P. 684-686.



УДК 616.34 - 002.44 - 089

С.А. Вавринчук

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРФУНКЦИИ АРЕФЛЮКСНОЙ КАРДИИ ПРИ СЕЛЕКТИВНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ВАГОТОМИИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) в сочетании с пилоросохраняющими операциями на двенадцатиперстной кишке (ДПК) по праву считается "золотым стандартом" современного радикального хирургического лечения осложненной язвенной болезни ДПК [3], заключительным этапом выполнения которой является формирование арефлюксной кардии.

Классическим способом формирования арефлюксной кардии вокруг мобилизованного при СПВ на 6-7 см абдоминального отдела пищевода является последовательная перитонизация малой кривизны желудка отдельными узловыми швами, начиная от угла желудка и далее с переходом непосредственно на дно желудка [3]. Вкол и выкол иглы делают на обеих стенках желудка строго симметрично, но постепенно отступая в стороны от линии малой кривизны и переходя на дно желудка (рис. 1). При этом пищевод погружается в складку между стенками желудка, которые формируют аккуратную симметричную фундопликационную манжетку, на 360° окутывающую пищевод. В швы, формирующие манжетку, обязательно захватывают мышечный слой пищевода. Манжетка должна полностью закрыть участок пищевода с циркулярной миотомией и выше ее на 2,0-2,5 см. Фундопликационную манжетку накладывают на толстом желудочном зонде длиной не более 4,0-4,5 см. Обязательно подшивают верхушку манжетки спереди и сзади к пищеводу для предупреждения ее соскальзывания.

Однако недостатками этого способа являются возможность соскальзывания фундопликационной манжетки с пищевода и развитие его "телескопической" дезинвагинации, отсутствие полноценного контроля

за возможным ротационным смещением манжетки по оси пищевода и сложность фиксации дна желудка к пищеводу, выполняемой в самой верхней точке фундопликационной манжетки, что ослабляет ее арефлюксные свойства.

С целью устранения этих недостатков В.И. Оноприев [1] предлагает восстанавливать фиксирующие желудок связки путем подшивания его стенок, образующих фундопликационную манжетку, к диафрагме (рис. 2). При этом он указывает, что обязательным условием предупреждения соскальзывания фундопликационной манжетки является необходимость захвата при ее формировании правой стенки мобилизованного абдоминального отдела пищевода в швы между передней и задней стенками дна желудка. Им же рекомендуется с целью профилактики гиперфункции арефлюксной кардии создавать фундопликационную манжетку на толстом желудочном зонде.

Этот способ также имеет свои недостатки, которые заключаются в том, что при такой последовательности формирования фундопликационной манжетки затруднительно распределить швы равномерно по окружности манжетки для обеспечения ее симметрич-

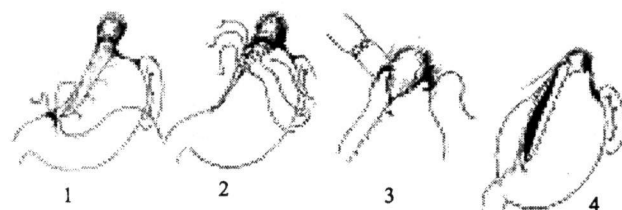


Рис. 1. Выполнение заключительного этапа СПВ:
1-2 — формирование фундопликационной манжетки;
3-4 — фиксация фундопликационной манжетки к пищеводу

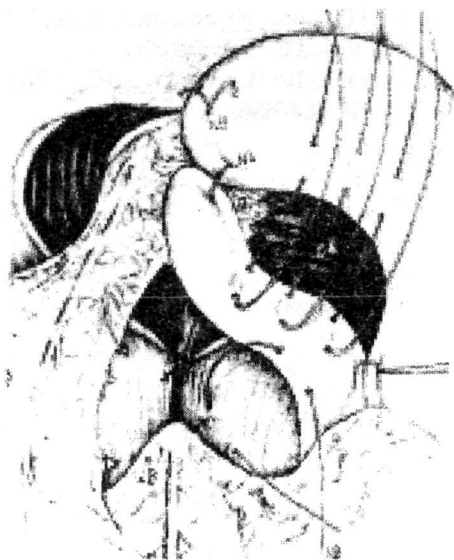


Рис. 2. Формирование арефлюксной кардии при СПВ по В.И. Оноприеву

ности; создание манжетки начинается сразу с наложения швов на самые удаленные друг от друга точки передней и задней стенок желудка. Особенно сложно при выполнении описанного способа формирования арефлюксной кардии накладывать швы на уже фиксированную заднюю стенку желудка.

А.А. Рудик и М.В. Воробьев [2] предложили собственный способ формирования арефлюксной кардии, при котором они после мобилизации абдоминального отдела пищевода производили подшивание дна желудка к пищеводу 3-4 швами, а затем формировали симметричную фундопликационную манжетку путем сшивания передней и задней стенок желудка на одинаковом расстоянии от малой кривизны по направлению от угла желудка к пищеводу. Восстановление связочного аппарата желудка они выполняли путем фиксации симметричной фундопликационной манжетки в местах ее прилегания к диафрагме.

Последовательно устраняя недостатки оперативной техники выполнения арефлюксной кардии при СПВ, эти способы сохраняют основной недостаток ее формирования путем создания циркулярной фундопликационной манжетки, которым является высокая вероятность возникновения гиперфункции кардии или "gas bloat"-синдрома, встречающегося примерно у 6,3% больных после эзофагофундопликации. Данный синдром характеризуется возникновением за грудиной и в подложечной области болей во время еды, а также чувства давления и болевых ощущений в подложечной области после еды. При рентгенологическом обследовании у пациентов наблюдается увеличение газового пузыря желудка, который нередко сдавливает отрезок пищевода, укутанный фундопликационной манжеткой (рис. 3). Причиной "gas bloat"-синдрома многие авторы считают деформацию фундопликационной манжетки различными вариантами фундоплексии со сдавливанием в ней мобилизованной части пищевода.

Анализируя данные литературы и собственный клинический опыт, мы пришли к выводу, что развитие гиперфункции сформированной арефлюксной кардии и "gas bloat"-синдрома в основном связано с

подшиванием к дну и стенкам желудка противоположных правой и левой стенок мобилизованной абдоминальной части пищевода при формировании циркулярной фундопликационной мышечной манжетки.

Захват в швы с дном и стенками желудка противоположных стенок наиболее важной в функциональном аспекте мобилизованной абдоминальной части пищевода приводит к ее плотному укутыванию стенками желудка и ограничивает ее адекватное расширение при прохождении пищи в сравнении с вышележащими свободными отделами пищевода. Это приводит к гиперфункции арефлюксной кардии, препятствующей, с одной стороны, прохождению пищи по пищеводу в области фундопликационной манжетки, а с другой стороны — периодическому опорожнению газового пузыря желудка с формированием "gas bloat"-синдрома. Предварительное введение толстого желудочного зонда в пищевод снижает вероятность его сужения в области наложения фундопликационной манжетки, однако не исключает его, поскольку не отражает реальных условий прохождения пищи по пищеводу, при которых расширение пищевода превышает диаметр введенного зонда с ограничением проходимости пищевода плотно прилегающими стенками желудка между его боковыми швами. Отрицательным моментом этих методик считаем также и захватывание в шов области эзофагокардиального перехода, что может приводить к нарушению функции кардиального жома.

С целью профилактики гиперфункции создаваемой при СПВ арефлюксной кардии нами предложен собственный способ формирования фундопликационной манжетки (патент на изобретение № 2251982 от 20.05.05 г.).

Способ осуществляется следующим образом.

После выполнения СПВ к левой стенке мобилизованного на 6-7 см абдоминального отдела пищевода подшиваем мобилизованное дно желудка. Затем создаем свободную симметричную фундопликационную манжетку вокруг пищевода, окутывающую его на 360°, путем погружения пищевода в складку между передней и задней стенками желудка при перитонизации малой кривизны желудка отдельными узловыми швами от угла желудка с переходом на его дно. При этом в швы между передней и задней стенками желудка захватываем только малую кривизну желудка до эзофагокардиального перехода, а далее продолжаем формировать фундопликационную манжетку без захвата в швы как зоны эзофагокардиального перехода, так и правой стенки мобилизованного абдоминального отдела пищевода, свободно сшивая стенки желудка без сдавливания пищевода. Восстанавливаем связочный аппарат желудка путем фиксации фундопликационной манжетки в местах ее прилегания к диафрагме.

Сшивание только передней и задней стенок желудка при формировании фундопликационной манжетки без захвата в швы зоны эзофагокардиального перехода и правой стенки мобилизованной части пищевода создает в этой области свободную фундопликационную манжетку, что позволяет пищеводу дополнительно расширяться при прохождении по нему

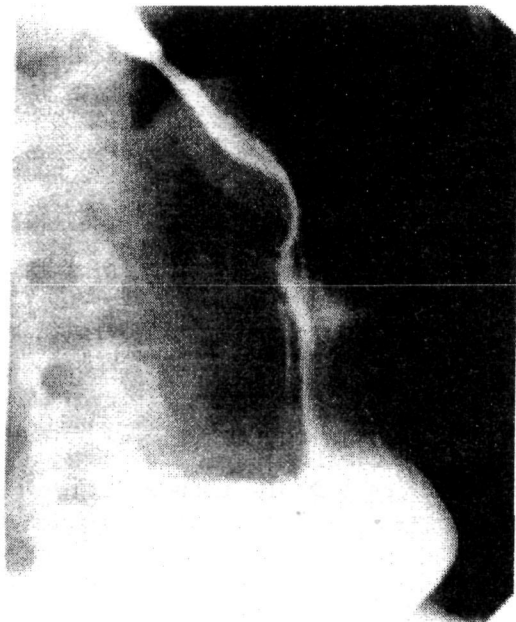


Рис. 1. Рентгенография пищевода и желудка больного К.
Видно характерное сужение находящейся в фундопликационной манжетке абдоминальной части пищевода, резкое увеличение в размерах газового пузыря желудка

пищи без сдавления его снаружи стенками желудка, образующими эту манжетку, не нарушает функцию кардиального жома.

Профилактика соскальзывания фундопликационной манжетки и телескопической дезинвагинации пищевода из нее, наряду с наложением швов между левой стенкой мобилизованного абдоминального отдела пищевода и дном желудка, обеспечивается за счет формирования фиксирующих желудок связок между его задней стенкой и ножками диафрагмы.

Преимуществами предлагаемого способа мы считаем устранение возможности сдавления пищевода в фундопликационной манжетке; уменьшение вероятности развития гиперфункции кардии и "gas bloat"-синдрома; снижение травматичности операции за счет уменьшения количества швов на пищеводе и улучшение функциональных результатов выполнения селективной проксимальной ваготомии; уменьшение количества осложнений после СПВ; сокращение сроков лечения больных.

Пример 1.

Больной К., 49 лет, находился на лечении в хирургическом отделении по поводу язвенной болезни ДПК, осложненной пенетрацией и субкомпенсированным стенозом. В плановом порядке выполнена сегментарная радикальная дуоденопластика по В.И. Оноприеву и СПВ по патенту РФ № 2192171. В послеоперационном периоде при употреблении плотной пищи отмечал умеренные боли за грудиной и чувство давления в подложечной области, которые уменьшались после отрыжки воздухом. При контрольной ФГДС - кардия сомкнута, проходима для эндоскопа. При проведении рентгеноскопии желудка выявлено равномерное сужение нижней трети пищевода в области фундопликационной манжетки с задержкой прохождения бариевой взвеси по пищеводу и парциальным ее поступлением в желудок, а также увеличение газового пузыря желудка со сдавлением отрезка пищевода, укутанно-

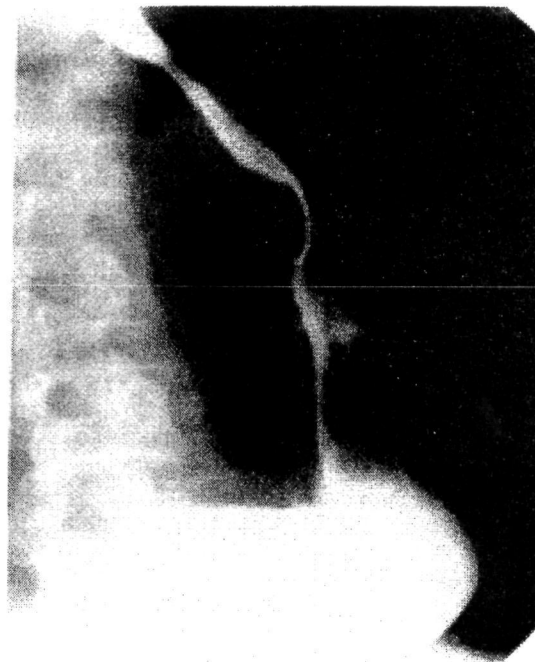


Рис. 2. Рентгенография пищевода и желудка больной С.

го манжеткой (рис. 1). При осмотре через 4 мес. и 1 год отмечал уменьшение болей и проявлений "gas bloat"-синдрома.

Пример 2.

Больная С., 32 лет, поступила в хирургическое отделение для выполнения планового оперативного вмешательства по поводу язвенной болезни ДПК, осложненной субкомпенсированным стенозом и пенетрацией в области задней стенки луковицы ДПК. Произведена радикальная сегментарная дуоденопластика по В.И. Оноприеву и СПВ. Арефлюксная кардия сформирована по предложенному нами способу. Послеоперационный период протекал без осложнений. Жалоб не предъявляла. На контрольной ФГДС - кардия сомкнута, свободно проходима для эндоскопа. При про-



Рис. 3. Рентгенография пищевода и желудка больного К.

ведении рентгеноскопии пищевода и желудка моторно-эвакуаторных нарушений, деформации желудка не выявлено (рис. 2). По данным суточного рН-мониторинга, желудочно-пищеводных рефлюксов не отмечено. При наблюдении в течение 4 лет жалоб не предъявляет.

Пример 3.

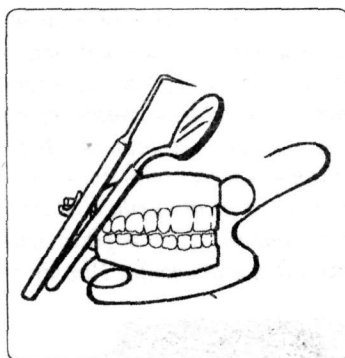
Больной К., 49 лет, поступил в хирургическое отделение в связи с диагнозом перфоративной язвы ДПК. В экстренном порядке произведена радикальная мостовидная дуоденопластика по В.И. Оноприеву и СПВ. Арефлюксная кардия сформирована по предложенному нами способу.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Жалоб не предъявлял. Отмечал исчезновение изжоги. Явлений дисфагии, "gas bloat"-синдрома нет. Послеоперационный период протекал без осложнений, вы-

писан из стационара на 12 сут в удовлетворительном состоянии. На контрольной ФГДС — кардия сомкнута, свободно проходима для эндоскопа. При проведении рентгеноскопии пищевода и желудка моторно-эвакуаторных нарушений, деформации желудка не выявлено (рис. 3). По данным суточного рН-мониторинга, желудочно-пищеводных рефлюксов не отмечено. При наблюдении в течение 3 лет жалоб не предъявляет.

Литература

1. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 296 с.
2. Рудик А.А., Воробьев М.В. Способ формирования арефлюксной кардии. Описание изобретения к патенту РФ № 2192171, 4 с.
3. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л. Селективная проксимальная ваготомия. М.: ИздАТ, 2001. 160 с.



УДК 616.314 - 007 073.585

Ю.М. Глухова

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗА ФОТОГРАФИЙ ЛИЦА ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТЕСНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Самой частой причиной обращения пациентов к врачу-ортодонту является желание улучшить свой внешний вид. Исследования показывают, что пациенты в большей мере стремятся к красоте, улучшению контуров лица, восприятию их окружающими и самим собой, а не к устранению морфологических нарушений, которые могут стать причиной заболеваний: пародонтита, кариеса, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. В связи с этим достижение гармонии является одной из основных целей ортодонтического лечения [5]. Эстетика лица определяется степенью выраженности аномалий зубов, зубных рядов, костей черепа и толщиной мягких тканей лица. При этом зубочелюстные аномалии часто сопровождаются нарушениями прикуса и лицевых признаков, выраженность которых варьирует от едва заметной дисгармонии черт лица до выраженного уродства [6].

Ортодонтическое лечение начинается с изучения и анализа лица пациента. Целью такого обследования

является определение, гармонично ли развито лицо пациента, что можно и что нельзя изменять в ходе ортодонтического лечения, предупреждения уплощения профиля, если планируется удаление зубов по ортодонтическим показаниям, для этого в ортодонтии широко пользуются фотографиями лица в различных проекциях. Анализ фотографий лица в различных проекциях является ценным методом исследования ортодонтических пациентов, дополняющим данные клинического обследования, изучения моделей челюстей и результаты, полученные рентгеноцефалометрическим методом. В 1949 г. В.В. Бунак установил, что по фотографиям можно не только получить суммарную и довольно общую характеристику, но и определить варианты отдельных антропометрических признаков, пользуясь для этого унифицированной, специально разработанной методикой.

В литературе описано большое число методов анализа фотографий лица и их модификаций, пред-