

Таким образом, включение ЛТ в комплекс лечения больных ЯБ оказывает положительное влияние на течение заболевания: прослеживаются более быстрое обратное развитие клинических симптомов заболевания, положительная динамика лабораторно-инструментальных показателей, нормализация содержания МЭ в сыворотке крови, снижение мембранной проницаемости по показателям NLC в мембране эритроцитов и улучшение МЦ преимущественно во внутрисосудистом отделе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Секисова М.А. // Росс. кардиол. журн.—1999.—№ 3.—С. 14—17.
2. Коробов А. М. Материалы VII Международной научно-практической конференции. "Применение лазеров в медицине и биологии". 24-30 окт. 1996 г.— Ялта—Харьков, 1996.
3. Кудрин А.В. // Междунар. мед. журн.—1998.— № 11-12.— С. 1000-1006.
4. Кумейко О.В., Хазов С.В. и др. // Лазер. мед.— 2000.— Вып. 3.— С. 37—38.
5. Михайлов В.А. Труды VIII Международного конгресса европейской медицинской лазерной ассоциации (EMLA) и I Российского конгресса медицинской лазерной ассоциации (РМЛА).— М., 2001.
6. Постнов Ю.В. // Кардиология.— 2000.— № 10.— С.4—12.

7. Рапопорт С.И., Расулов М.И., Лаптева О.Н. // Клин. мед.—1999.—№ 1.— С.34—38.

8. Труды VIII Международного конгресса европейской медицинской лазерной ассоциации (EMLA) и I Российского конгресса медицинской лазерной ассоциации (РМЛА).— М., 2001.

9. Чернух А.М., Александров П.Н., Алексеев О.В. Микроциркуляция. — 2-е изд. — М., 1984.

10. Щегольков А.М., Клячкин Л.М. и др. // Пульмонология.— 2000.— № 4.— С.11—17.

Поступила 22.10.01.

CLINICAL EFFICIENCY OF THE USE OF LASER THERAPY IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH DUODENAL PEPTIC ULCER

N.B. Amirov

Summary

The dynamics of the state of microcirculation, permeability of cellular membranes by rate indices of sodium-lithium countertransport in erythrocyte membrane, the content of microelements in blood serum of patients with peptic ulcer of duodenum including laser therapy in standard medicament treatment is studied. Laser irradiation is used by two methods: intracavitary endoscopic irradiation of the ulcer and noninvasive irradiation through abdominal wall, irradiation of definite areas of the stomach and duodenum. As a result quicker reverse development of clinical symptoms of the disease, positive dynamics of laboratory - instrumental indices, normalization of the content of microelements in blood serum, decrease of membrane permeability by indices of sodium - lithium countertransport in erythrocyte membrane, improvement of microcirculation in intravascular part are observed.

УДК 616.33/.34—002.4—089.87—089.168.1—06:616.33/.34—008.17

РАЗВИТИЕ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Н.А. Велиев, И.Н. Агаев, И.С. Малков

Кафедра общей и неотложной хирургии (зав - доц. Р.Ш.Шаймарданов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) в последнее время занимает значительное место в генезе осложнений после оперативных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке [2, 6, 7]. Удаление или разрушение оперативным путем привратника приводит к ускоренному опорожнению содержимого желудка, а также создает условия для пассажа пищи в обоих направлениях [3, 5, 8]. В послеоперационном периоде появление ДГР считается одним из наиболее серьезных осложнений, а его выраженность в отдельных случаях определяет

эффективность выбранного метода хирургического лечения язвенной болезни [6]. Однако имеющиеся в литературе данные не позволяют достоверно судить о вероятности возникновения ДГР в зависимости от метода хирургического лечения язвенной болезни.

Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения у 87 больных с осложненными пилородуоденальными язвами (ОПДЯ), которым были выполнены различные виды операций на желудке и двенадцатиперстной кишке. 26 больных перенесли резекцию желуд-

ка по Бильрот I (1-я группа), 38 - по Бильрот II (2-я), 23 - различные виды ваготомии с дренирующими желудок операциями (3-я). У всех больных резекцию желудка сочетали с операцией Стронга.

Возраст больных колебался от 25 до 72 лет (в среднем 44 года).

ДГР определяли по концентрации желчных кислот (ЖК) методом Г.Г.Иванова [4], показателю удельного электрического сопротивления (УЭС) в биологических жидкостях, который устанавливали по разработанной нами методике [1]. Величину импеданса желудочного содержимого, полученного через назогастральный зонд, регистрировали на реографе РГ-4-01. В основе определения УЭС желудочного содержимого лежит кондуктометрический принцип. В качестве датчика были использованы 2 платиновых электрода площадью 0,4 см², укрепленных на изоляционной пластине параллельно друг другу на расстоянии 1 см. УЭС биологических жидкостей вычисляли по формуле:

$$P = Z S S : L,$$

где P - УЭС исследуемой биологической жидкости (ом·см), S - площадь электрода (см²), L - расстояние между электродами (см), Z - базовый импеданс.

Количество желудочного содержимого, достаточного для исследования, составляло 1,2 мл. УЭС измеряли в кювете при постоянной температуре 20°С. Выраженность ДГР определяли в зависимости от динамики указанных выше параметров, а также на основании клинических проявлений. Исследования выполняли на 1, 2, 3, 4, 5 и на 10-е сутки после операции.

Результаты исследования показали, что концентрация ЖК желудочного содержимого в 1-й день после операции составляла 0,8 0,1 мг/мл, во 2-й - 0,7 0,06 мг/мл, в 3-й - 0,6 0,04 мг/мл (норма - до 0,05 мг/мл). Таким образом, высокий уровень ЖК в желудочном содержимом, выявляемый в первые сутки после операции, связан, по нашему мнению, с послеоперационным парезом начальных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и поступлением дуоденального содержимого через анастомоз в желудок. Неосложненное течение послеоперационного периода у 64 больных проявлялось снижением концентрации ЖК на 4—5-е сутки с после-

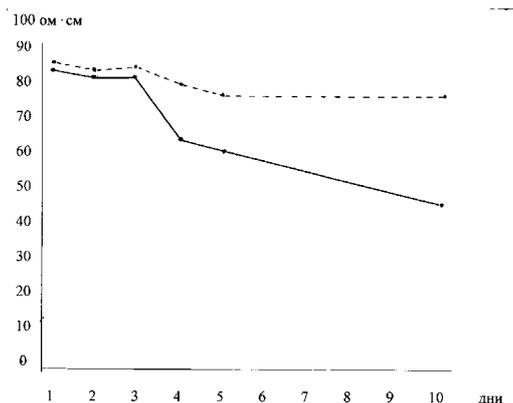


Рис. 1. Динамика показателей удельного электрического сопротивления.

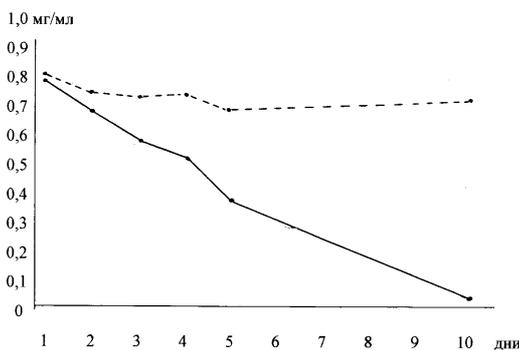


Рис. 2. Динамика концентрации желчных кислот в желудочном содержимом.

дующей нормализацией показателей на 10-й день. Данная закономерность представлена графически на рис. 2.

Уровень УЭС желудочного содержимого в первые дни после операции достигал следующих значений: в 1-й день - 84,6 2,6 ом·см, во 2-й - 82,4 3,0, в 3-й - 83,2 1,5. Нормальные показатели УЭС составляли 40,0 - 50,0 ом·см. При появлении моторно-эвакуаторной деятельности уровень УЭС снижался до 60,2 4,7 ом·см и практически приближался к норме. Такая закономерность была характерна для тех больных, у которых не наблюдались клинические проявления ДГР (у 64), и на 10-е сутки послеоперационного периода данный параметр равнялся 47,4 4,2 ом·см (рис.1). Изменения УЭС коррелировали с концентрацией ЖК в желудочном содержимом и динамикой восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки ($r=0,61$).

У 23 больных в раннем послеоперационном периоде (4-5-е сутки) наблюдались клинические признаки ДГР: го-

речь во рту, отрыжка желчью, иногда жгучие боли в эпигастрии, тошнота в утренние часы. У таких больных концентрация ЖК и уровень УЭС желудочного содержимого значительно отличались от нормативных показателей. Так, на 4-5-й день восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки эти параметры были так же высоки, как и в предыдущие дни (ЖК - 0,8 и 0,15 мг/мл, УЭС - 78,7 5,2 ом·см), и на 10-й день послеоперационного периода тенденции к их снижению не наблюдалось (рис. 1, 2).

Проведенный анализ также показал, что уровень УЭС и концентрация ЖК желудочного содержимого в первые сутки после операции зависели от метода оперативного лечения и были максимальны у больных 1-й группы (табл. 1). Это связано, по нашему мнению, с тем, что в результате прямого соединения желудка с двенадцатиперстной кишкой при резекции по Бильрот I и развития послеоперационного пареза анастомозированных органов создаются благоприятные условия для пассажа желчи в желудок. Сравнительно низкий уровень изучаемых параметров в первые дни после операций по Бильрот II и ваготомии с дренирующими желудок операциями является результатом нарушения эвакуации желчи в желудок вследствие атонического состояния двенадцатиперстной кишки.

В первые 3 суток послеоперационного периода наличие ДГР у всех больных было связано с функциональной кишечной непроходимостью, что характеризовалось как функциональный ДГР. С появлением моторно-эвакуаторной деятельности ЖКТ наблюдалось купирование функционального ДГР. Если же этого не происходило, следовательно, имелась причина, которая приводила к возникновению стойкого ДГР. Чаще всего к этому предрасполагает несоответствие вида оперативного вмешательства особенностям функционального состояния двенадцатиперстной кишки (табл.2).

Нами было проанализировано развитие ДГР на отдаленных сроках послеоперационного периода (от 6 мес до 3 лет) в зависимости от вида оперативного вмешательства. После резекции желудка по Бильрот I ДГР на этих сроках развился у 7 (23,2%) из 26 больных и по Бильрот II - у 20 (31,5%) из 38, при выполнении же ваготомии с дрениру-

Таблица 1

Концентрация ЖК и УЭС желудочного содержимого в первые сутки послеоперационного периода

Вид операции	Изучаемые параметры			
	ЖК, мг/л		УЭС, ом·см	
Резекция по Бильрот I	1,4	0,05	88,2	1,6
Резекция по Бильрот II	0,7	0,06	74,6	1,3
Ваготомия с дренирующими желудок операциями	1,0	0,04	82,4	1,9

Таблица 2

Особенности проявления ДГР в зависимости от вида выполненных операций у больных с ОПДЯ

Вид операции	Число больных	ДГР	
		функциональный	стойкий
Резекция желудка по Бильрот I	26	26	7 (23,0%)
по Бильрот II	38	38	20 (52,6%)
Ваготомия с дренирующими желудок операциями	23	23	10 (43,9%)
Всего	87	87	37

щими желудок операциями - у 6 (26,2%) из 23 больных. Причем после резекции желудка по Бильрот II клинические признаки ДГР были более выраженными и чаще встречались его тяжелые степени. Высокая корреляция УЭС с ЖК желудочного содержимого позволяет использовать эти показатели в ранние сроки послеоперационного периода для диагностики и прогнозирования ДГР. Кроме того, определение уровня УЭС желудочного содержимого ввиду простоты исследования и скорости получения результата можно отнести к экспресс-диагностике ДГР, которая носит скрининговый характер.

Таким образом, анализ результатов хирургического лечения ОПДЯ показал, что развитие и выраженность ДГР зависят от вида выполняемых операций. При резекции желудка по Бильрот I данное осложнение встречается в 1,5 раза реже, чем после резекции по Бильрот II. Следовательно, резекция желудка по Бильрот I является операцией выбора при осложненных пилородуоденальных язвах. Другие виды оперативных вмешательств должны рассматриваться как операции резерва и могут выполняться в тех случаях, когда к операции по Бильрот I имеются обоснованные противопоказания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Велиев Н.А. Повышение эффективности эндолимфатической и лимфотропной терапии у больных с перитонитом: Дисс. ... канд.мед.наук. - Казань, 1990.
2. Горощев Н.Н., Рудаков А.В., Дароевц А. Заболевания двенадцатиперстной кишки. - М., 1984.
3. Дуоденко Г.И., Гарачатый И.А., Дуоденко В.Г. // Вестн. хир. -1997. - № 1. - С.20-23.
4. Иванов Г.Г. // Лаб. дело. -1978. - № 5. - С. 277—280.
5. Петров В.П., Данищук И.В., Саввин Ю.Н., Канарейцева Т.Д. // Вестн. хир. -1988. - № 1. - С. 27-30.
6. Постолов П.М., Гук Е.В. // Вестн.хир. - 1987. - № 1. - С.141-143.
7. Рычагов Г.П., Гордеева В.В., Ачилова А.Б., Эрфан Ф.П. // Вестн. хир. -1986. - № 10. - С. 17-23.
8. Dewar E.P., Ikon M.F. et al. // World J. Surg. - 1983. - Vol.7. - P. 743-750.

Поступила 17.10.02.

DEVELOPMENT OF DUODENOGASTRAL REFLUX DEPENDING ON THE TYPE OF SURGICAL TREATMENT OF PYLORODUODENAL ULCERS

N.A. Veliev, I.N. Agaev, I.S. Malkov

S u m m a r y

The results of surgical treatment of 87 patients with complicated pyloroduodenal ulcers depending on the type of surgical treatment are analysed. The methods of determination of bile acids and specific electric resistance of stomach contents were used to determine the duodenogastral reflux. The treatment results show that the given parameters are correlated and depend on gravity of duodenogastral reflux. Duodenogastral reflux in patients in postoperative period after Bilrot I stomach resection is found by 1,5 times more rarely than after Bilrot II stomach resection.

УДК 618.73 : [615.835.3 + 615.849.19 + 615.38.015.2

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГАЛАКТОФОРИТОМ

Д.М. Красильников, Б.К. Дружков, Р.Ф. Закиров, В.А. Пырков, Т.Д. Фоченкова, Н.В. Балатенко

Кафедра хирургии с курсами онкологии, анестезиологии и реанимации (зав. - проф. Д.М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета, госпиталь ветеранов войны (главрач - Ф.Н. Закиров), г. Казань

На сегодняшний день одной из актуальных проблем общей хирургии остается лечение больных с внутрипротоковыми заболеваниями молочной железы, среди которых наиболее часто встречается галактофорит, осложняющий течение секреторной мастопатии в 30—40% случаев [3, 8]. При очевидных клинических проявлениях галактофорита проводимая системная антибактериальная терапия оказывается малоэффективной [8]. Это и предопределяет неудовлетворительные результаты лечения больных данной категории и создает предпосылки для разработки новых методов лечения больных секреторной мастопатией, осложненной галактофоритом.

План лечения больных галактофоритом следует составлять с учетом этиологии и патогенеза заболевания. Это заболевание является инфекционным, и поэтому антибактериальная терапия должна быть обязательным и ведущим компонентом в лечении. Учитывая многообразие бактериальной флоры, вызывающей данное заболевание, мы считаем необходимым в каждом случае про-

ведение бактериологического исследования секрета с целью выявления возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. Вместе с тем это хроническое заболевание возникает в молочной железе при обязательном условии - наличии патологической секреции, обусловленной дисгормональными изменениями в молочной железе, лактацией или последствием ранее перенесенного мастита [8]. Патологический секрет и материнское молоко, содержащие в себе белок и углеводы, являются хорошей питательной средой для бактериальной флоры. Сама же секреция влияет на сфинктерные механизмы концевых отделов протока на соске и обуславливает проникновение бактериальной флоры в проток извне [6]. Поэтому галактофорит рассматривается нами не как самостоятельная патология молочной железы, а как осложнение секреторной мастопатии, первично обусловленной гормональными нарушениями или лактацией. В то же время мы не исключаем и возможность первично-инфекционного начала как следствия лактационного