

Способ осуществляется следующим образом. Под спинномозговой анестезией в положении больного лежа на спине в асептических условиях производится линейный разрез по краю дельтовидной мышцы в области плечевого сустава. Отслаивают подлежащие ткани, выделяют места перелома, ликвидируют интерпозицию тканей, осуществляют репозицию перелома. Далее в области большого бугорка с помощью электродрели и специального кондуктора (рис. 2) просверливается 2 отверстия под углом 70-75° под проксимальные ножки фиксатора. Аналогично в дистальном отделе просверливается 1 отверстие под ножку фиксатора. Поочередно устанавливаются ножки фиксатора, на резьбовую часть закручивается втулка и затягивается до компримирования отломков. Далее закручивают контртрайки. Оперативное лечение заканчивается мобилизацией конечности косыночной повязкой.



Рис. 2 Кондуктор-направитель



Рис. 3 Пациентка О. Закрытый оскольчатый перелом хирургической шейки правой плечевой кости до оперативного лечения.

Пример. Пациентка О. 78 лет поступила в клинику с диагнозом: закрытый оскольчатый перелом хирургической шейки правой плечевой кости со смещением костных отломков (рис.3). Больной было произведено оперативное лечение с применением фиксатора стяжки (рис.4). После оперативного лечения конечность иммобилизовывалась косыночной повязкой на 6 недель. Через две недели после оперативного лечения разрешались пассивные движения в плечевом и смежных суставах. Назначали курс ЛФК, массажа, физиолечение. В КГ движения в плечевом и в смежных суставах полностью отсутствовали из-за иммобилизации гипсовой повязкой в 100% случаев. Выписку производили на 13-15-й день.

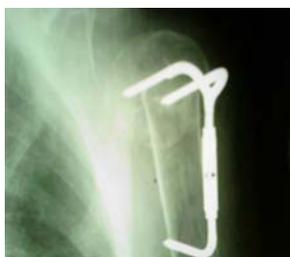


Рис. 4 Пациентка О. Закрытый оскольчатый перелом хирургической шейки правой плечевой кости в условиях остеосинтеза фиксатором-стяжкой

Результаты. По показателям лечения больных были получены 80 % хороших и 20% удовлетворительных результатов.

ОГ и КГ сравнивали по показателям: продолжительность оперативного лечения в ОГ составило в среднем 50±5 минут, в КГ – 85±5 минут. Длительность оперативного вмешательства в КГ больше на 35±5 минут; интраоперационная кровопотеря в среднем составила: ОГ – 250±30 мл; КГ – 390±30 мл. В связи с

техническими особенностями операций объем движений в плечевом суставе в ОГ на 8 неделе после операции значительно превышает таковой в КГ – табл. В связи с использованием в КГ гипсовой иммобилизации на 6-8 недель; показатели качества лечения в ОГ возросли на 30% .

Выводы. Использование фиксатора-стяжки обеспечивает возможность, потеряв меньше времени и интраоперационной кровопотери, добиться наилучших функциональных результатов в лечении без использования громоздких конструкций и послеоперационного наложения гипсовых повязок. Фиксатор-стяжка надежна, малотравматична, может с успехом быть применена у больных пожилого и старческого возраста.

Литература

1. *Алейников А.В.* Лечение застарелых вывихов плеча: Дис...канд. мед. наук.– Нижний Новгород, 2004.
2. *Закревский Л.К. и др.* // Ортопедия, травматология и протезирование. ж.– 2004.– № 8. – С.36–39.
3. *Панченко М.К.* Восстановление функции верхней конечности при лечении переломов проксимального конца плечевой кости: Дис... канд. мед. наук.– Киев, 2001.
4. *Frich L.H., Sojbjerg J.O.* // Orthopedics. – 2000.– Vol.14, № 9.– P. 949–954.

УДК 616.33-002.44

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ

Е.Н. КАСАТКИН, Т.П. КОРШУНОВА, Н.А. НИКИТИН,
О.И. ШЕМУРАНОВА*

Вопросы хирургического лечения пептических язв гастродуодено- (ГДА) и гастроэнтероанастомозов (ГЭА) после резекции желудка по-прежнему остаются актуальными. Частота их развития колеблется от 0,5% до 15% [4]. Острота проблемы усугубляется частым развитием urgentных осложнений – перфорации язвы или кровотечения из язвы, требующих экстренных хирургических вмешательств. Основные причины развития пептических язв ГДА и ГЭА хорошо известны: недостаточный объем резекции желудка, оставление слизистой антрального отдела при резекции на выключение язвы, длинная приводящая петля, гастринома поджелудочной железы и другая эндокринная патология. Однако в литературе мало внимания уделено дуодено- и энтерогастральному рефлюксу, как одному из ulcerогенных факторов, в т.ч. на фоне некорригированных во время первой операции хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП), что незаслуженно снижает их значение в развитии пептических язв ГЭА [1]. На сегодняшний день для лечения пептических язв ГДА и ГЭА предложен ряд вариантов реконструктивных вмешательств на желудке, но наиболее распространенной операцией является реконструктивная резекция желудка по Ру [2]. Однако в случае короткой приводящей петли, ХНДП в стадиях суб- и декомпенсации возникает необходимость двустороннего отключения 12-перстной кишки (ДПК) [3]. Однако технические аспекты этих операций, прежде всего характер дренирующего ДПК пособия, далеки от окончательной разработки.

В клинике факультетской хирургии Кировской ГМА с 2001 по 2005г.г. находилось на лечении 38 больных с urgentными осложнениями пептических язв ГДА и ГЭА в возрасте от 27 до 65 лет, в т.ч. 29 мужчин и 9 женщин. Кровотечение из язвы было у 35 больных, перфорация язвы – у 3. В 32 случаях язва локализовалась в зоне ГЭА, в 5 – в отводящей петле тощей кишки и в 1 – в культе желудка в области ГДА. Развитию пептических язв предшествовали: резекция желудка по Бильрот-1 – 1; по Бильрот-Н – Финстереру – 28; по Бильрот-Н – Витебскому – 6, в т.ч. в 1 случае – с поперечной антиперистальтической дуоденоэнтономией (ПАДЕС); в модификациях Ру – 3. Чаще

* 610027, г. Киров, ул. к. Маркса, 112, ГОУ ВПО Кировская ГМА МЗиСР, тел. (8332) 23-65-10

пептические язвы развились в сроки до 3 лет после резекции желудка.

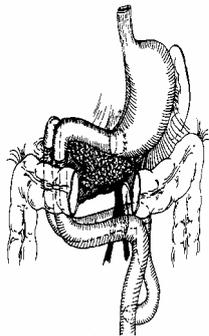


Рис. 1. Резекция желудка по Ру – Никитину с анатомической «дуоденизацией» отводящей кишки: окончательный вид операции

Хирургическое лечение проведено 25 больным, 13 пациентов после остановки кровотечения и восполнения кровопотери от предложенных операций отказались и были переведены в гастроэнтерологические стационары. В экстренном порядке оперированы 3 больных с перфорациями пептических язв и 4 – на высоте кровотечения; в срочном – 6 (при отсутствии признаков стабилизации гемостаза в язве в течении 24 часов); в отсроченном – 12 (с состоявшимся гемостазом в язве). При выполнении операции, помимо оценки способа предыдущей резекции желудка, характера анастомоза, размеров культи желудка и культи ДПК, ревизии поджелудочной железы на предмет наличия гастрином, большое внимание придавали состоянию и длине приводящей кишки и интраоперационным признакам ХНДП. Интраоперационную диагностику ХНДП проводили, принимая во внимание следующие факторы: наличие препятствия для дуоденальной эвакуации, ширину нижне-горизонтальной ветви ДПК, наличие или отсутствие видимого различия в диаметрах ниже-горизонтальной части ДПК и начального отдела тощей кишки, степень уменьшения диаметра ниже-горизонтального отдела ДПК в ответ на механическое раздражение. Отсутствие препятствия к дуоденальной эвакуации, ширину ниже-горизонтальной части ДПК в 3–3,5 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки менее чем на 1см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение на 1/3–1/2 своей первоначальной величины (нормокинетическая форма ответа) расценивали как отсутствие ХНДП. Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение ниже-горизонтальной части ДПК от 3,5 до 4,5 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки на 1–1,5см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение более чем на 1/2 первоначальной величины (гиперкинетическая форма ответа) расценивали как компенсированную стадию ХНДП. Препятствие к дуоденальной эвакуации, расширение ниже-горизонтальной части ДПК от 4,5 до 6 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки на 1,5–2,5 см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение менее, чем на 1/3 первоначальной величины (гипокинетическая форма ответа) расценивали как субкомпенсированную стадию ХНДП. Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение ниже-горизонтальной части ДПК более 6см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки более чем на 2,5 см, отсутствие реакции в ответ на механическое раздражение (акинетическая форма ответа) рассматривали как декомпенсированную стадию ХНДП, или истинный дуоденостаз.

На основании интраоперационных данных и с учетом результатов рентгенологического обследования в дооперационном периоде больных, оперированных в отсроченном порядке, ХНДП в стадиях суб- и декомпенсации выявлены в 14 наблюдениях.

В качестве базовой операции у 22 больных выполнена резекция желудка по Ру, у 1 больного с язвой ГДА – резекция желудка по Бильрот-Н с поперечным ГЭА, по 1 наблюдению имели место стволовая поддиафрагмальная ваготомия в чистом варианте и ушивание перфорации со стволовой поддиафрагмальной ваготомией. В ситуациях, когда в качестве основной причины развития пептической язвы выступал недостаточный объем резекции желудка при первом

вмешательстве, резекцию культи желудка проводили до объема 2/3, при достаточном первичном объеме – до 3/4 с обязательным выполнением стволовой поддиафрагмальной ваготомии. В 1 наблюдении после резекции желудка на выключение язвы при подозрении на наличие в дуоденальной культе антральной слизистой дополнительно выполнили резекцию дуоденальной культи. При выполнении резекции желудка модификация Ру – Ридигера применена в 2 случаях; Ру – Юдина – Витебского – в 8 (из них с двусторонним отключением ДПК – в 2); Ру – Никитина – в 12 (из них с двусторонним отключением ДПК – в 6).

Независимо от применяемой модификации способа Ру считаем необходимым удалять почти всю малую кривизну культи желудка. Из вариантов ГЭА предпочитаем концебоковому поперечному анастомозу. Оптимальным расстоянием между гастроэнтеро- и энтероэнтероанастомозами считаем 35–40 см. Мобилизацию тощей кишки выполняем в шадшем варианте с сохранением аркад 1-й еюнальной артерии и вагусной иннервации. Принципиальными моментами способа Ру – Никитина (патент РФ на изобретение №2086185 от 10.08. 97) являются сохранение культи желудка в естественном анатомическом ложе без перевода ее в средний этаж брюшной полости, формирование окна в брыжейке поперечно-ободочной кишки справа от верхних брыжеечных сосудов и анатомическая «дуоденизация» отводящей кишки (рис.1).

Способ осуществляли так. После мобилизации и резекции культи желудка с ГЭА сохраняли проксимальную культи ДПК. Мобилизовали дуоденоеюнальный переход, ДПК по границе с тощей кишкой пересекали, ушивали ее дистальную культи и погружали под корень брыжейки тонкой кишки. Восстанавливали целостность заднего листка брыжины. Правее верхних брыжеечных сосудов над нисходящим отделом ДПК в бессосудистой зоне рассекали брыжейку поперечно-ободочной кишки. Тощую кишку мобилизовали по Ру и проводили через окно в брыжейке поперечно-ободочной кишки в верхний этаж брюшной полости. Между культей желудка и тощей кишкой формировали поперечный концебоковой анастомоз 2–2,5 см в диаметре, ориентированный строго в вертикальной плоскости. Малую кривизну желудка перитонизировали. Отводящей петле придавали форму подковы ДПК, после чего ее без натяжения и деформаций фиксировали за брыжеечный край к малому салнику и проксимальной культе ДПК. Между дистальной частью нижегоризонтального отдела ДПК на расстоянии 2–3 см от ее дистальной культи и отводящей петлей ГЭА формировали поперечный изоперистальтический анастомоз не более чем на 1/3 длины окружности тощей кишки. Необходимость двустороннего отключения ДПК в 2 наблюдениях при выполнении резекции желудка по Ру – Юдину – Витебскому была обусловлена короткой приводящей кишкой. Включение ДПК в пассаж осуществлено посредством ПАДЕС. В 6 наблюдениях при выполнении резекции желудка по Ру – Никитину двустороннее отключение ДПК произведено при декомпенсированных формах ХНДП. Включение ДПК в пассаж при этом в 1 случае осуществлено путем тонкокишечной вставки, несущей ранее сформированную ПАДЕС, в 5 случаях осуществлено посредством формирования поперечной изоперистальтической ДЕС (ПИДЕС). На эту операцию нами получен патент РФ на изобретение № 2207054 от 27.06.03. Схему операции см. на рис.2.

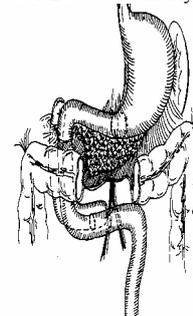


Рис. 2. Формирование поперечной изоперистальтической ДЕС

ПИДЕС, на наш взгляд, обладает определенными преимуществами по сравнению с известными вариантами продольных и поперечных ДЕС. Изоперистальтический характер небольшого по размерам поперечного анастомоза и, так

называемая анатомическая «дуоденизация» отводящей кишки, обусловленная моделированием формы подковы ДПК, способствуют синхронизации перистальтических движений обеих кишок, что ведет к восстановлению нормальной моторики ДПК и, в конечном итоге, обеспечивает своевременность, ритмичность и порционность эвакуации дуоденальных соков.

В послеоперационном периоде умерла 1 больная, оперированная по жизненным показаниям на высоте кровотечения из пептической язвы ГЭА. У нее после резекции желудка по Ру – Юдину – Витебскому с двусторонним отключением ДПК с формированием ПАДЕС и стволовой поддиафрагмальной ваготомии наступила несостоятельность швов ГЭА с развитием послеоперационного перитонита с полиорганной недостаточностью.

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены в сроки от 1 года до 6 лет у 16 больных. У 15 больных отмечены отличные и хорошие результаты, у 1 – удовлетворительные.

В реконструктивной хирургии urgentных осложнений пептических язв ГДА и ГЭА резекция желудка в модификациях Ру, дополненная стволовой поддиафрагмальной ваготомией, является операцией выбора. Преимуществами резекции желудка по Ру – Никитину являются сохранение культуры ДПК в верхнем этаже брюшной полости и анатомическая «дуоденизация» отводящей кишки. При необходимости двустороннего отключения ДПК ее дренирование для пассажа пищеварительных соков следует осуществлять изоперистальтическими вариантами ДЕС.

Литература

1. Жерлов Г.К. и др. // Хир.– 2003.– № 5.– С. 19–22.
2. Кузин Н.М. и др.// Хир.– 2006.– № 3.– С. 4–10.
3. Кузнецов В., Федоров И.// Хир.– 1991.– № 3.– С. 60–64.
4. Овчинников В. Меньков А. // Хир.– 2000.– №11.– С. 15.

УДК 616.351-007.44-073.43-089.844-055.2

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО РЕКТОЦЕЛЕ III СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН

А.В. ДРЫГА, В.А. ПРИВАЛОВ, О.С. ЛАВРЕНТЬЕВА*

Введение. Хронический колостаз является актуальной проблемой колопроктологии. Одной из причин хронического колостаза у женщин является переднее ректоцеле III степени. Заболевание характеризуется выпячиванием передней стенки прямой кишки во влагалище за пределы анального сфинктера [7]. Исследования [4, 7] показали, что одним из компонентов ректовагинальной перегородки являются мышцы, поднимающие задний проход (леваторы). Помимо участия леваторов в формировании родового канала им отводится очень важная роль в акте дефекации [3]. Родовые травмы, воспалительные процессы, повышение внутрибрюшного давления [5, 6] приводят к расхождению леваторов и пролабированию передней стенки прямой кишки во влагалище. В большинстве случаев диагностика ректоцеле не вызывает трудностей и проводится с использованием клинических методов [6]. Предложено много способов и модификаций хирургического лечения ректоцеле. Все они направлены на ликвидацию дивертикулообразного выпячивания передней стенки прямой кишки во влагалище и укрепление ректовагинальной перегородки. Но значительное число неудовлетворительных результатов лечения этого заболевания говорит об отсутствии совершенного способа коррекции [1]. Если при переднем ректоцеле I степени положительных результатов лечения можно добиться консервативными мероприятиями, то лечение ректоцеле II-III степени – только хирургическое. Наиболее распространенным способом хирургической коррекции ректоцеле является передняя леваторопластика, выполняемая и промежностным, и трансвагинальным доступами, при этом производится

укрепление ректовагинальной перегородки и создание удерживающего каркаса прямой кишки [2].

Цель исследования – изучение возможности эндоректальной ультрасонографии в диагностике и выборе хирургической тактики в лечении переднего ректоцеле.

Материалы и методы. Исследования проводили на аппарате SonoAce 8800 с использованием микроконвиксного датчика в диапазоне частот 4–9 МГц с применением доплеровского сканирования. С этой целью эндоректальное ультразвуковое исследование (УЗИ) проведено у 11 нерожавших женщин (I группа); у 5 женщин без клинических проявлений ректоцеле (II группа) и у 40 с клиническими проявлениями ректоцеле (III группа). При проведении эндоректальной ультрасонографии нами определялась толщина ректовагинальной перегородки (а), плотность тканей ее составляющих по гистограммам. Изучали толщину правого и левого леваторов. Проводили доплеровское сканирование леваторов. Определяли расстояние между леваторами (б). Исследование проводили в положении пациентки на левом боку, при этом переднюю поверхность бедер максимально приводили к передней брюшной стенке. Ультразвуковой датчик располагали в 3,0 см от края ануса так, чтобы его рабочая поверхность находилась в поперечном положении к передней стенке прямой кишки.

Результаты исследований. Анализ исследований показал, что в I группе у нерожавших женщин без патологии толщина ректовагинальной перегородки составляла 1,1±0,1 см (рис. 1а), во II группе – 1,6±0,1 см и в III – 1,9±0,1 см, причем различия между ними достоверны (рис. 2а, 3а) (P<0,05). Толщина леваторов в I группе была достоверно меньше (P<0,05), чем во II и III группах и достигала 21,9±0,8 мм, 26,0±2,4 мм, 26,7±3,8 мм соответственно. Анализируя эхогенную плотность тканей леваторов по данным гистограмм, установлено, что показатель средней амплитуды отражения ультразвуковой волны от леваторов в I группе составил 67,6±1,6 градаций серой шкалы, во II – 69,0±20,4, в III – 74,3±19,2, но различия между ними были не достоверны (P>0,05). На рис. 1а, 2а ректовагинальная перегородка визуализируется в виде однородной структуры с четкими контурами, повышенной эхогенности. На рис. 3а ректовагинальная перегородка представляет собой неоднородную структуру смешанной эхогенности с нечеткими контурами, относительное утолщение ее объясняется складчатостью за счет снижения упруго-эластических свойств тканей.

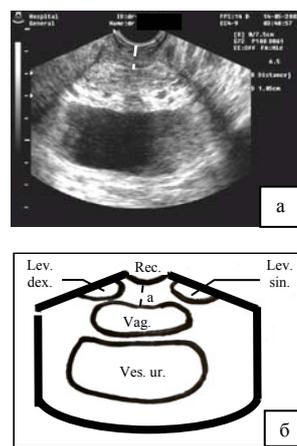


Рис. 1. Ультрасонограмма ректовагинальной перегородки нерожавшей женщины 20 лет (а); схематическое изображение структур ректовагинальной перегородки (б)

Доплерографические исследования показали, что в первых двух группах кровотоков в области ректовагинальной перегородки имел магистральный тип (рис. 4а, 4б), показатели пиковой систолической скорости кровотока (ПСС) находились в диапазоне 26,7±2,4 см/с, тогда как в III группе отмечалась тенденция к значительному снижению ПСС – диапазон 9,9±0,8 см/с, при этом кровоток приобрел черты резистивного (рис. 2в), при этом различия между ними достоверны (P<0,05).

Несмотря на высокую информативность методики исследования ультразвуковая интерпретация компонентов ректовагинальной перегородки затруднительна, так как

* Челябинская государственная медицинская академия, кафедра общей хирургии им. П.М. Тарасова