

лечения суммарная окружность на здоровой конечности составила $150,4 \pm 3,8$ см и $172,4 \pm 2,4$ см на пораженной конечности. После проведенного лечения данный показатель на здоровой конечности практически не изменился и составил $149,6 \pm 4$ см. На пораженной конечности максимальное уменьшение суммарной окружности до $162,2 \pm 2,1$ см отмечено в группе, получившей курс межлестничных лимфотропных инъекций на фоне проведенной операции наложения микролимфвенозных анастомозов. Таким образом, за курс лечения достигнуто уменьшение отека на $10,2 \pm 1,3$ см, что составляет 44 % от первоначальной разницы окружностей между здоровой и пораженной конечностью. Отмечено относительно равномерное уменьшение отека в дистальном (кость, предплечье) и проксимальном (плечо) отделах верхней конечности — $5,7 \pm 0,3$ см и $4,1 \pm 0,5$ см соответственно.

ВЫВОДЫ

Применение не прямых лимфотропных инъекций позволяет эффективно воздействовать на коррекцию нарушений гемолимфоциркуляции, включая улучшение скоростных и объемных показателей лимфатического оттока и, как следствие, улучшить результаты лечения больных с вторичной лимфедемой второй и третьей стадии после наложения микролимфвенозных анастомозов.

Д.С. Чернышов

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)

С 1971 года, когда Norman C. Tanner, а затем и T. Kennedy впервые выполнили подпилорическое дуоденальное дренирование при язвенном стенозе, и с 1974 года, когда P.M. Christiansen впервые осуществил успешную истинную пилоропластику, эти виды операций стали использоваться в хирургии язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК). Однако реализация принципа сохранения структуры и функции привратника при пилородуоденальных язвах по-прежнему остается особой проблемой. С.Р. Генрих (1995), указывает, что это обусловлено близким расположением язвенного процесса к привратнику, причислением пилорических язв, к желудочным, существующим мнением о необратимости дегенеративных изменений в нервно-мышечном аппарате желудка при декомпенсированном стенозировании, возможностью дисплазии и последующей малигнизации «пограничных» язв, отсутствием методики микрохирургического кишечного шва.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных осложненной ЯБ ДПК путем сохранения и пластического восстановления структуры и функции привратника при пилородуоденальной локализации язв.

Нами проанализированы 589 случаев оперативного лечения больных осложненной ЯБ ДПК. Из них 56 больных оперированы по поводу язвенного стеноза, 437 — по поводу перфоративной язвы (ПЯ) ДПК и 96 — в связи с язвенным кровотечением.

Патогистологическое исследование иссеченных язв ДПК выявило наличие во всех случаях хронической язвы ДПК в стадии обострения и только в 1 случае — малигнизированной язвы ДПК.

Анализ выявленных при осложненной ЯБ ДПК патологических экстра- и интрадуоденальных изменений показал, что они значительно изменяют топографо-анатомические взаимоотношения ДПК с ее внешними ориентирами, которые в случаях осложненной ЯБ ДПК можно использовать лишь условно. Возникающие при осложненной язве ДПК патоморфологические изменения с дилатацией истинного привратника, формированием псевдопривратника и антрализацией надстенотической части ДПК без выполнения интрадуоденальной ревизии лишают хирурга возможности правильно установить локализацию язвы, что значительно увеличивает долю ложных пилорических и даже желудочных язв.

Так, у больных ПЯ ДПК при интрадуоденальной ревизии пилорические язвы выявлены в 4,2 % случаев и юкстапилорические язвы ДПК — в 31,7 % случаев. При ушивании ПЯ ДПК юкстапилорические язвы описаны в 27,1 % случаев, пилорические — в 13,8 % случаев, препилорические — в 4,5 % случаев и «желудочные» — в 4,9 % случаев.

Послеоперационное эндоскопическое обследование больных выявило, что 10,9 % ушитых перфоративных «желудочных» язв оказались в действительности ПЯ ДПК в то время как истинное повреждение привратника имелось всего лишь в 3,3 % случаях.

У больных с язвенными кровотечениями юкстапилорические язвы составили 15,8 % и пилорические — 2,3 % случаев. При язвенных стенозах юкстапилорические язвы составили 41,2 % и пилорические — 5,3 % случаев.

Эндоскопическая интрадуоденальная диагностика истинной локализации и характера поражения в 15,2 % случаев была невозможна вследствие топографо-анатомической декомпенсации стеноза (по В.И. Оноприеву, 1995), непроходимости ДПК для осмотра эндоскопом. В 1 случае предоперационная ФГДС при ПЯ ДПК привела к летальному исходу, в связи с чем, считаем возможным ее выполнение при установленном клиническом диагнозе ПЯ ДПК для диагностики сочетанных язвенных осложнений только в условиях наркоза.

Одним из рентгенологических признаков язвенного стеноза ДПК нами отмечен не замедленный, а ускоренный тип эвакуации контраста из желудка.

Наряду с традиционным эндоскопическим и рентгенологическим исследованием нами для оценки моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка в последнее время как до, так и после операции используется метод периферической электро-гастро-энтерографии (ПЭГЭГ) аппаратом «Гастроскан ГЭМ», которая обладает большей информативностью. ПЭГЭГ позволила нам диагностировать нарушения МЭФ желудка и их характер раньше рентгенологического и эндоскопического методов исследования, а в целом ряде случаев — они были выявлены и описаны только этим методом.

При вовлечении в рубцово-язвенный процесс привратника в 0,9 % случаях нами выполнен пилоролизис и в 1,4 % случаях при дистальном краевом миосклерозе 2-3 секторов — истинная пилоропластика в объеме парциальной краевой резекции пилорического жома без нарушения его круговой целостности с применением внесфинктерного серозно-подслизистого шва и «футлярной» пилоро-дуоденопластики.

Пилоролизис осуществлялся в объеме устранения рубцовой мантрии пилоруса со стороны серозы и рубцовых сращений со стороны подслизистого слоя. Истинная пилоропластика заключалась в иссечении рубцовоизмененного поля пилоруса, отсечении фиксированных рубцами участков слизистой и серозы, устранении деформаций и наложении пилоро-дуоденоанастомоза.

Селективная проксимальная ваготомиа (СПВ) выполнена у 9,9 % больных. Показаниями к СПВ у больных ЯБ ДПК являлись повторные язвенные осложнения, длительное непрерывно-рецидивирующее течение ЯБ, невозможность получения пациентами адекватной послеоперационной антисекреторной терапии.

При сочетании язв желудка и ДПК, язве в области сфинктера и полном разрушении передней полуокружности сфинктера (2 – 3 сектора) и миосклерозе более 1/3 его окружности нами выполнена резекция желудка (РЖ).

Незначительное количество выполнения истинных пилоропластик при ЯБ ДПК было связано с тем, что интрадуоденальная ревизия позволила нам провести точную дифференциальную диагностику между рубцово-язвенным поражением привратника и более часто встречающимся поражением юкстапилорического (базального) уровня ДПК.

В послеоперационном периоде при изолированных вмешательствах в пилорoduоденальной зоне нами проводился суточный интрагастральный рН-мониторинг с индивидуальным подбором антисекреторных препаратов, а так же определение полиморфизма CYP2C19.

При наличии стеноза, по данным послеоперационного рентгенологического исследования, размеры желудка восстанавливались в срок от 2,5 до 6 месяцев в зависимости от степени выраженности стеноза и его продолжительности.

Рецидив ЯБ ДПК в области операции при наблюдении за пациентами в срок до 10 лет возник в 6,3 % случаев. Повторных операций не было.

Таким образом, истинное поражение привратника обуславливается как характером самого осложнения, так и видом выполняемого оперативного вмешательства, выполнением во время него экстра- и интрадуоденальной ревизии и составляет от 2,3 до 5,3 %. Современные хирургические технологии позволяют восстанавливать структуру и функцию привратника. Показаниями к удалению привратника являются сочетание язв желудка и ДПК, необратимые поражение привратника.

Д.Ю. Чечетка¹, К.Г. Норкин¹, А.Ю. Ди²

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

¹ *Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)*

² *Городская клиническая больница № 2 (Владивосток)*

Проблема лечения больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) не утратила своей актуальности и является одной из серьезнейших проблем в хирургии.

Несвоевременная диагностика и неадекватное лечение больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей на ранних стадиях заболевания, а также позднее обращение боль-