нозный тромбоз у 6 (24%) лиц группы I, у 10 (41,7%) подгруппы IIA и у 6 (26,1%) больных подгруппы IIБ, что говорит об эффективности предоперационной коррекции антитромбинового потенциала крови тиосульфатом натрия для профилактики тромботических осложнений после крупных ортопедических операций.

Заключение. У больных с коксартрозами с помощью манжеточной пробы выявлены два типа реагирования системы гемостаза на локальную гипоксию – адаптационный и дизадаптационный. У больных с дизадаптационным типом на 3-7 сутки послеоперационного периода отмечается выраженная гиперкоагуляционная реакция с наличием продуктов паракоагуляции и значительное угнетение антикоагулянтного звена системы гемокоагуляции, что создаёт высокий риск развития тромботических осложнений. Использование тиосульфата натрия в целях предоперационной коррекции антитромбинового профиля у больных с дизадаптационным типом реакции системы гемокоагуляции позволяет снизить частоту тромбоза глубоких вен нижних конечностей при использовании противотромботической профилактики до уровня, наблюдаемого у пациентов с адаптационным типом при проведении им аналогичных мер профилактики.

Литература

1. *Вавилова Т.В.* // Клиническая лабораторная диагностика.– 2004.– № 12.– С. 21–32.

2. *Гланц С.* Медико-биологическая статистика.– М.: Практика, 1999.

3. *Загородний Н.В.* // Мат-лы городского симпозиума «Профилактика тромбоэмболических осложнений в травматологии и ортопедии».– М., 2003.– С. 34–39.

4. *Иконникова Е.И.* Применение серосодержащих препаратов для повышения уровня АТ III у больных ИБС: Методические рекомендации.– Саратов, 1994.

5. *Скороглядов А.В., Копёнкин С.С.* // Всерос. монотематический сб. науч. статей. Выпуск II.– Казань-СПб., 2006.– С.48–54.

6. *Sissi C. et al.* // Pediatric Thrombosis and Hemostasis.– 2003.– Vol. 29, № 6, Part 2.– P. 661–670.

УДК 616.342-089.06

СПОСОБ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ДУПЛИКАТУРНОЙ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

И.Г. КОЗЛОВА, Т.П. КОРШУНОВА, Н.А. НИКИТИН*

Разработан способ пластического закрытия дуоденальной культи при хирургическом лечении «трудных» язв 12-перстной кишки. Представлено 51 наблюдение резекции желудка по Бильрот-II с закрытием дуоденальной культи в условиях «трудной» язвы 12-перстной кишки предложенным пластическим способом.

Надежное укрытие дуоденальной культи при резекции желудка по методу Бильрот-II при «трудных» язвах двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается одной из актуальных проблем современной желудочной хирургии. «Трудными» дуоденальными язвами большинство авторов считают язвы больших и гигантских размеров с наличием стеноза и пенетрации в соседние органы [1, 2]. В литературе насчитывается более 200 способов обработки культи ДПК, что свидетельствует о нерешенности проблемы [4]. При дуоденальных язвах проблемы с ушиванием культи ДПК наблюдаются у 21-70,4% больных. При этом частота несостоятельности швов дуоденальной культи составляет, согласно данным литературы, 0,18-5,26% после плановых резекций желудка, а в ургентной хирургии язвенной болезни увеличивается в 4-6 раз и достигает после резекции желудка при перфоративных язвах 5,26-22,2%, при язвенных кровотечениях – 10,7-41,9%. Летальность от недостаточности швов дуоденальной культи составляет 25-80%, а в хирургии острых осложнений приближается к 100% [1, 2, 4]. При обработке «трудной» дуоденальной культи многие хирурги отдают предпочтение, так называемым, пластическим способам, к которым относятся: 1) способы с использованием тканей самой культи ДПК с отсепаровкой слизистой оболочки или без таковой; 2) способы с использованием тканей других органов; 3) способы с пломбировкой язвы при подпривратниковом варианте резекции желудка на ее выключение. Последняя группа способов условно изолирует язву в просвете кишки за счет использования специальных технических приемов и создает условия для ее заживления, чем способы с простым выключением язвы, когда она остается открытой в просвет кишки [3].

Нами предложен пластический дупликатурный способ обработки дуоденальной культи при «трудной» дуоденальной язве, на который получен патент РФ на изобретение № 2132650 от 10.07.1999г. Основные этапы операции представлены на рис.

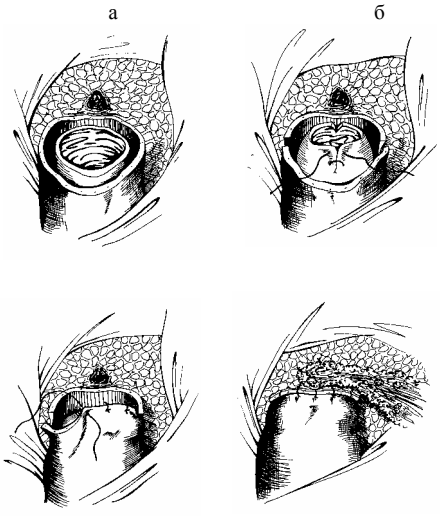

Рис. Дупликатурный пластический способ закрытия дуоденальной культи: а) этап формирования серозно-мышечной «манжетки», б) этап ушивания «слизистого цилиндра», в) этап формирования первого ряда швов серозно-мышечной дупликатуры, г) окончательный вид ушитой культи (дно язвы закрыто прядью сальника на ножке)

Техника выполнения способа состоит в следующем: после мобилизации желудка по обеим кривизнам в необходимых пределах и мобилизации начального отдела ДПК до пенетрирующей язвы свободную от язвенного дефекта, обычно переднюю или передне-боковую стенку ДПК, рассекают на величину полуокружности кишки до слизистой оболочки. Без вскрытия просвета кишки острым путем производят отсепаровку слизистой оболочки от серозно-мышечной «манжетки» по всей длине разреза на высоту 1,0-1,5см, после чего слизистую оболочку рассекают. Со стороны просвета кишки визуализируют язвенный дефект и разрез слизистой оболочки продолжают по нижнему краю язвы, замыкая окружность «слизистого цилиндра». Фиксированную к серозно-мышечной «манжетке» полуокружность «цилиндра» отслаивают от последней, оставшуюся непересеченной часть «манжетки» пересекают. Мобилизации ее со стороны серозного покрова в аборальном направлении от предлежащих анатомических структур не требуется.

После отделения мобилизованной дистальной части двенадцатиперстной кишки от верхнего края язвы на привратник накладывают зажим и желудок откидывают вверх и влево, дно язвенного дефекта при этом остается на пенетрируемом органе. Отслоенный «слизистый цилиндр» открытой культи кишки ушивают отдельными узловыми швами, при этом сформированная линия швов должна быть ориентирована перпендикулярно к последующим линиям швов серозно-мышечной «манжетки».

«Манжетку» по границам полуокружностей продольно рассекают на 2/3 своей высоты для лучшей адаптации при дальнейшем формировании дупликатуры. Край свободной стенки «манжетки» подшивают отдельными швами по границе отсепарованной слизистой оболочки к мышечному слою противоположной стенки, разобщенной с дном язвы. Следующим этапом стенки «манжетки» накладывают друг на друга по типу дупликатуры и сшивают в этом положении серозно-мышечными швами. Таким образом, второй ряд швов оказывается смещенным относительно первого на величину высоты «манжетки», а линия швов слизи-

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

стой оболочки – послойно закрытой обеими стенками последней. В зависимости от локализации язвенного дефекта швы стенок «манжетки» могут быть ориентированы как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскости. К дну язвы на пенетрируемом органе подводят прядь сальника на ножке и фиксируют несколькими швами к его рубцовым краям. Этой же прядью сальника может быть перитонизирована и сформированная культя ДПК. Производят резекцию желудка по одному из известных способов. К культе ДПК подводят дренаж, брюшную полость ушивают.

В клинике факультетской хирургии Кировской ГМА предложенный способ применен у 51 больного с «трудными» язвами ДПК в возрасте от 26 до 84 лет. Средний возраст больных составил 50,1±1,8 лет. Мужчин было 43, женщин – 8. У 8 больных установлена постбульбарная локализация язв. В 2 наблюдениях выявлено сочетание дуоденальной язвы с желудочной, в 1 – с пептической язвой гастроэнтероанастомоза. Плановые резекции желудка выполнены 16 пациентам. По ургентным показаниям оперированы 35 больных: при кровотечениях – 30, при перфорации – 4, при сочетании этих осложнений – 1. У всех больных отмечена пенетрация язвы: в 18 случаях – в поджелудочную железу, в 9 – в гепатодуоденальную связку, в 19 – в поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку, в 5 – в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку и желчный пузырь. У 28 больных отмечено сочетание пенетрации со стенозом пилородуоденальной зоны, в том числе у 3 больных при перфоративной язве, у 9 больных при кровоточащей дуоденальной язве. Из 30 оперированных больных с кровотечением пенетрация в два соседних органа установлена у 5 больных, в три органа – у 6. Кровопотеря тяжелой степени тяжести диагностирована у 11 больных с кровоточащей язвой, средней степени тяжести – у 12 больных, легкой степени тяжести – у 7 больных. В 49 случаях выполнена резекция желудка по Бильрот-II с поперечным анастомозом, в 2 – по Ру. У всех больных была «трудная» дуоденальная культя. Под «трудной» дуоденальной культей мы понимаем такую культю, обработка которой проводится в условиях дефицита тканей стенок ДПК. Показанием к выполнению дупликатурного способа обработки дуоденальной культи считаем пенетрирующие бульбарные и постбульбарные язвы, расположенные >1 см от большого дуоденального соска; противопоказаниями – пенетрирующие постбульбарные язвы, расположенные на расстоянии <1см от большого дуоденального соска, и язвы второй части ДПК.

Во всех случаях выполнения резекции желудка при язвенной болезни проводим первичную или уточняющую интраоперационную диагностику хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП), при этом принимаем во внимание следующие факторы: наличие препятствия для дуоденальной эвакуации, ширину нижне-горизонтальной ветви ДПК, наличие или отсутствие видимого различия в диаметрах нижне-горизонтальной части ДПК и начального отдела тощей кишки, степень уменьшения диаметра нижне-горизонтального отдела ДПК в ответ на механическое раздражение. Отсутствие препятствия к дуоденальной эвакуации, ширину нижне-горизонтальной части ДПК в 3-3,5см 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) расцениваем как отсутствие ХНДП. Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение нижне-горизонтальной части ДПК от 3,5 до 4,5 см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки на 1-1,5 см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение более чем на 1/2 первоначальной величины (гиперкинетическая форма ответа) расцениваем как компенсированную стадию ХНДП.

Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение нижне-горизонтальной части ДПК от 4,5 до 6см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки на 1,5-2,5см, уменьшение диаметра ДПК в ответ на механическое раздражение менее, чем на 1/3 первоначальной величины (гипокинетическая форма ответа) расцениваем как субкомпенсированную стадию ХНДП. Наличие препятствия к дуоденальной эвакуации, расширение нижне-горизонтальной части ДПК более 6см с превышением диаметра начального отдела тощей кишки более чем на 2,5см, отсутствие реакции в ответ на механическое раздражение (акинетическая форма ответа) рассматриваем как декомпенсированную стадию ХНДП, или истинный дуоденостаз.

На основании интраоперационных данных ХНДП в стадии компенсации выявлены у 34 больных, в стадии субкомпенсации – у 1 больного. Причиной ХНДП у 33 больных явился дистальный перидуоденит, у 2 больных – сочетание дистального перидуоденита с проксимальным периеюнитом. Резекция желудка была дополнена рассечением связки Трейтца у 35 больных. Назодуоденальное зондирование применено в 2 наблюдениях. В раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны пенетрируемых органов и дуоденальной культи не отмечено ни в одном случае. Всего послеоперационные осложнения развились у 5 (9,8%) больных: в 1 наблюдении имел место анастомозит, купированный консервативно, в 3 – острая сердечно-сосудистая недостаточность и еще в 1 – ишемический инсульт в ствол мозга. В четырех последних случаях наступили летальные исходы, послеоперационная летальность составила 7,8%. Таким образом, предложенный способ обработки «трудной» дуоденальной культи обладает достаточными профилактическими свойствами в отношении несостоятельности ее швов, исключает вероятность повреждения пенетрируемых органов и может быть рекомендован в широкую хирургическую практику.

Литература

1. *Асадов С.А. и др.* // Хир.– 2004.– № 2.– С. 78–81.
2. *Жерлов Г. и др.* // Вест. хир.– 2001.–Т.160, № 1.– С. 21.
3. *Никитин Н.А.* Недостаточность швов дуоденальной культи в ургентной хирургии язвенной болезни.– Киров, 2002.
4. *Тарасенко С.В. и др.* // Хир.– 2005.– № 1.– С. 29–32.

УДК 681.3

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖЕЙ

Е.А. БЕЛОВА, Н.Н. ДВОРНИКОВА, Н.Г. ЛИЩУК, Л.В. ТИТАРЕВА*

Рожа является инфекционно-аллергическим заболеванием, занимающим по распространенности в современной структуре инфекционной патологии 4-е место после острых респираторных и кишечных инфекций, вирусных гепатитов [2]. Частота рецидивов при роже неуклонно возрастает и, по данным разных авторов, варьирует от 25% до 50% [1, 2]. Установлена недостаточная эффективность общепринятой этиотропной терапии, а также бициллинопрофилактики в предотвращении развития рецидивов [2,4]. В патогенезе рожи большую роль играет несостоятельность иммунного ответа, это побуждает к включению в комплексную терапию заболевания иммуномодулирующих препаратов [2–4].

Под нашим наблюдением находилось пять групп больных, сопоставимых по полу, возрасту и клиническим формам рожи.

Каждая группа включала в себя 50 больных первичной и 50 больных рецидивирующей рожей. Большинство пациентов составили женщины пожилого возраста с локализацией местного очага на нижних конечностях. В основном преобладали эритематозная и эритематозно-буллезная формы рожи. Более чем у половины обследованных заболевание протекало в среднетяжелой форме, а в анамнезе имелись частые ангины, хронический тонзиллит. Критериями исключения при отборе больных для обследования являлись: злокачественные опухоли, сахарный диабет, цирроз печени, заболевания крови, трофическая язва голени. 1-ая группа обследованных получала общепринятое лечение (пенициллин внутримышечно по 1,5 млн. ЕД четыре раза в сутки, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, витаминную терапию). 2-ой группе обследованных на фоне тех же дезинтоксикационных, десенсибилизирующих и витаминных средств вместо традиционного пенициллина назначался клеримед, содержащий 250 мг кларитромицина, производства МЕДОКЕМИ ЛТД (Лимассол – Кипр) по 1 таблетке (250 мг) два раза в сутки в течение 5–7 дней. 3-я группа обследованных на фоне общепринятого лечения принимала полиферментный препарат «Вобэнзим» производства Mucos Pharma (Германия) по 3 драже три раза в сутки в первые три дня исследования, далее по 5 драже три раза в сутки в течение двух недель. 4-я группе на фоне обычной терапии через 3 дня после

* Курский государственный медицинский университет 305041, г. Курск, ул. Карла Маркса, 3, тел. (0712) 58-81-32, e-mail: @kgmu.kursknet.ru