

В зависимости от характера оперативного вмешательства были выделены три группы обследованных: I группа — 50 человек после дистальной резекции по Billroth-I без формирования пилорусомоделирующего анастомоза;

II группа — 82 человека после дистальной резекции желудка по Billroth-I с формированием пилорусомоделирующего жома в области анастомоза;

III группа — 103 пациента после дистальной резекции желудка по Billroth-I с формированием искусственного пилорического жома и клапана-«створки» в области анастомоза.

Пациентам проводилось комплексное динамическое обследование в контрольные сроки наблюдения. Кислотопродуцирующую функцию желудка оценивали аспирационно-титрационным зондовым методом и кратковременной внутрижелудочной pH-метрией («Ацидогастрометр АГМ-05К» в модификации «Гастроскан-5»). Моторно-эвакуаторная функция культи желудка исследовали с помощью рентгенодиагностического комплекса РУМ-20М. Для проведения электрогастрографии использовали стационарную систему регистрации физиологических параметров «POLYGRAF ID» компании Medtronic Functional Diagnostic A/S. Для определения органической полноценности всех слоев стенки гастродуоденоанастомоза проводилась эндоскопическая ультрасонография (эндоскопический ультразвуковой центр видеогастроскопа GIF-1T140, видеосистемы «EVIS EXERA GLV-160», «Olympus» EU-M30 с системным видеоцентром «Olympus CV-160» компании «Olympus», Япония). Микроскопическая оценка состояния слизистой оболочки культи желудка проводилась в соответствии с принципами «Классификации и градации гастрита. Модифицированной Сиднейской системы» (1996). Статистическая обработка данных проводилась с помощью персонального компьютера Pentium 4 с использованием статистического пакета программ Microsoft Excel для операционной системы Windows XP, программы «Biostat».

Фактические данные, полученные в ходе проведенного исследования секреторной, моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка, функциональной и анатомической полноценности гастродуоденоанастомоза, а также морфологического исследования слизистой оболочки культи желудка свидетельствуют о преимуществе пилорусомоделирующих резекций желудка над пилорусразрушающими.

Разработанные технологии резекции желудка с формированием арефлюксного гастродуоденального анастомоза, устраняя основные звенья патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, обеспечивают безопасный уровень секреции, корректную работу оперированного желудка, предупреждая развитие основных постгастрорезекционных расстройств.

Р.С. Лобачёв, В.Ю. Мосолков

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПИТАТЕЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПИЩЕВОДА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

Хирургическое лечение больных с опухолью пищевода представляет собой сложную проблему, особенно при наличии длительной непроходимости пищевода и, как следствие, снижения питательного статуса больного. В этой связи нами разработан и применяется на практике способ формирования арефлюксной еюностомы, позволяющий проводить полноценное энтеральное питание у пациентов в предоперационном периоде, уменьшая явления катаболизма.

Способ осуществляется следующим образом.

После выполнения верхне-срединной лапаротомии дистальнее связки Трейца на 15 см мобилизуется тощая кишка по Ру. Отступая от дистального конца кишки на 12 — 15 см, накладывается межкишечный анастомоз по типу «конец в бок». Ушивается окно в брыжейке. Отступая от свободного конца кишки на 3 — 4 см (в зависимости от толщины передней брюшной стенки), пристеночно лигируются 3 брыжеечные сосуда. На середине мобилизованного участка кишки циркулярно рассекается серозно-мышечная оболочка. Выше и ниже этого разреза на 15 — 20 мм производится еще 2 разреза серозно-мышечной оболочки кишки. При этом разрез, начинаясь от брыжеечного края, отступая от него на 2 — 3 мм, расширяясь идет к противобрыжеечному краю кишки, разрез описывает фигуру типа эллипс. Это позволяет при формировании клапана не сузить просвет кишки в основании клапана и удлинить его за счет противобрыжеечного края кишки. А неполное пересечение в области брыжеечного края серозно-мышечной оболочки, позволяет сохранить достаточное кровоснабжение стенки кишки. Затем накладываются 4 — 6 узловых швов, на верхний и нижний края рассеченной серозно-мышечной оболочки. Поочередным завязыванием швов и дополнительным погружением стенки кишки диссектором образуются клапан. Тем самым создается инвагинационный клапан, внутреннее отверстие которого постоянно закрыто. Через дополнительный разрез в левой мезогастральной области формируется губовидный свищ. Рану передней брюшной стенки зашивают наглухо.

В качестве компонента энтерального питания использовали гиперкалорическую сбалансированную смесь «Нутризон» («Нутриция», Голландия). Дозу препарата рассчитывали индивидуально для каждого пациента на должную массу тела, с учетом азотистого баланса и потребностей организма в энергии (согласно формуле Гарриса-Бенедикта).

Кроме энтерального питания внутривенно вводили растворы электролитов: физиологический раствор хлористого натрия, растворы Рингера, калия и пр. Общее время проведения зондового энтерального питания до операции составляло $12,5 \pm 1,7$ сут.

Всего энтеральное питание через еюностому было проведено у 12 пациентов с раком пищевода, осложненным непроходимостью. Основным осложнением зондового энтерального питания у наших больных были диспептические расстройства, в виде диареи, которая отмечена у двух пациентов. Купирование диареи было достигнуто уменьшением скорости введения питательной смеси. Ни в одном случае данное осложнение не привело к прекращению питания.

Динамический контроль за восстановлением питательного статуса у пациентов осуществлялся ежедневно. Для объективной оценки использовали индекс массы тела, измеряли толщину кожно-жировой складки трицепса, окружность мышц плеча, лабораторные показатели (общий белок, альбумин, лимфоциты, азотистый баланс).

Уже через 7 суток проведения энтерального питания отмечено снижение катаболического индекса до близких к нормальным значениям цифр, концентрация белка также увеличилась и приблизилась к нижней границе нормы.

Таким образом, формирование арефлюксной еюностомы для проведения энтерального питания у пациентов опухолевой непроходимостью пищевода может служить методом выбора в проведении предоперационной реабилитации. Энтеральное питание через еюностому эффективно, обладает меньшими побочными эффектами и экономически более оправдано. Наиболее приемлемым субстратом энтерального зондового питания должны служить гиперкалорические сбалансированные смеси.

А.В. Малышев

ЭНДОГЕННЫЙ ПРОТЕОЛИЗ В МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В УРОЛОГИИ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

В патогенезе острого бактериального воспалительного процесса любой локализации существенное значение имеет формирование в очаге патологических белковых субстанций. Они образуются вследствие экссудации белков плазмы крови, девитализации тканей, распада клеток и бактерий. Не имея кровообращения, они являются прекрасной средой для вегетации бактерий и защищают их от действия применяемых антибактериальных препаратов. Таким образом, обеспечивается существование источника перманентного реинфицирования, затрудняется элиминация микробов, что может привести к неблагоприятному варианту развития воспалительного процесса. Поэтому традиционно в комплексе лечения острого бактериального воспалительного процесса применяются мероприятия, направленные на элиминацию патологических белковых субстанций — хирургическая обработка, дренирование, санация, ферментативный протеолиз.

Если говорить об острых воспалительных процессах в органах мочеполовой системы, то существенной их особенностью является непосредственный и постоянный контакт очага воспаления с мочой, которая, как известно, обладает протеолитическими свойствами. Таким образом, в мочевыводящих путях существует эндогенный ферментативный саногенетический механизм, направленный на элиминацию патологических белковых субстанций.

В исследованиях, проведенных на 122 больных острым обструктивным и необструктивным пиелонефритом и 20 практически здоровых пациентах, установлено, что протеолитическая активность мочи снижается в тесной зависимости от состояния функции почки. Тем самым нарушается эндогенный механизм элиминации контаминированных субстанций из просвета мочевыводящих путей. Решающее значение при этом имеют нарушения уродинамики и кровообращения в почке, что приводит к снижению синтеза протеолитических ферментов в клетках почечной паренхимы.

Недостаточность эндогенных санационных механизмов требует соответствующей коррекции при лечении острых воспалительных заболеваний. Одним из вариантов повышения протеолитической активности в мочевыводящих путях является применение локального энзиматического протеолиза с помощью иммобилизованного на водорастворимой полимерной матрице ферментного препарата «Имозимаза».

В серии стендовых опытов было показано, что активность фермента не ингибируется составляющими мочи. Кроме того, она сохраняется на достаточно высоком уровне в любом диапазоне pH, который теоретически может иметь моча человека.