

зался неэффективным и потребовалось оперативное вмешательство.

Клипсы отторгались после наложения в период от 1 суток до 2 месяцев (10+5,6 дней). Во всех случаях при проведении контрольной ЭГДС после заживления дефекта слизистая оболочка в области фиксации клипсы макроскопически и по данным гистологического исследования биоптата была в норме.

Во всех 97 случаях дополнительного использования р-ра адреналина удалось достичь первичного временного гемостаза, что позволило установить источник кровотечения и прецизионно осуществить эндоклипирование. При анализе 14 случаев дополнительного использования феракрила при ЭГ установлено отсутствие его роли в повышении эффективности ЭГ и возникновение ряда новых ограничений в проведении последующих лечебно-профилактических мероприятий и манипуляций в зоне бывшего или продол-

жающегося кровотечения из-за пломбировки линзы эндоскопа феракриловой пленкой.

Таким образом, ЭГ путем наложения эндоклипс оказался эффективным в большинстве случаев при кровотечениях различного генеза из ВО ЖКТ, в том числе и при повторном его применении. Дополнительное использование р-ра адреналина способствует улучшению топической диагностики источника кровотечения, прецизионному наложению клипс и повышению надежности ЭГ. Наиболее эффективным он был при кровотечениях из острых язв и изъязвлений ВО ЖКТ, СМВ. При его использовании для остановки кровотечения и профилактики его рецидива из ХГДЯ эффект не был достигнут в 12,2% случаев (в 10% наблюдений по техническим причинам не удалось наложить эндоклипсы, в 2,2% — возник РК и потребовалось оперативное вмешательство).

ENDOSCOPICAL HEMOSTASIS BY IMPOSING CLIPS IN BLEEDINGS OF DIFFERENT GENESIS FROM THE UPPER DEPARTMENTS OF GASTROINTESTINAL TRACT

V. Antonov, V. Beloborodov

(The Chair of General Surgery of ISMU, Clinical hospital № 1. Irkutsk)

In the article the possibilities of endoscopic imposing clips with the purposes of achievement of final hemostasis in bleedings of various genesis from the upper departments of gastrointestinal tract are described.

© СОКОЛОВА С.В., ЩЕРБАТЫХ А.В., КУЗНЕЦОВ С.М., БОЛЬШЕШАПОВ А.А. -

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

С.В. Соколова, А.В. Щербатых, С.М. Кузнецов, А.А. Большешапов

(Кафедра факультетской хирургии ИГМУ, зав. — проф. А.А. Щербатых)

Резюме. на основании обследования 116 больных, перенесших резекцию желудка, выявлены изменения функционально-морфологического состояния оперированного желудка при постгастрорезекционных синдромах.

Ключевые слова. Оперированный желудок, функция, морфология.

Среди многих проблем современной хирургии лечение язвенной болезни занимает одно из ведущих мест. Внедрение в клиническую практику разнообразных способов резекции желудка не повлияло на частоту постгастрорезекционных синдромов (ПГРС), которые наблюдаются в 15%—45,0 % у оперированных больных. Несмотря на многочисленные работы, отражающие особенности клинической картины, диагностики и лечения ПГРС, до настоящего времени единого представления о характере функциональной активности оперированного желудка не сложилось.

В основу исследования был положен анализ изучения функционального состояния оперированного желудка у 116 больных в отдаленные сроки после резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и ДПК. Мужчин было 81 (69,8%), женщин - 35 (30,2%). Средний возраст их составил 49,7 года.

В основную группу вошли 62 (53,4%) больных, при комплексном обследовании которых выявлены различные постгастрорезекционные синдромы (ПГРС). Наиболее часто встречался демпинг-синдром — у 25 (40,4%) больных, сочетание различных ПГРС наблю-

дали — у 21 (34,0%). Группу клинического сравнения составили 54 (46,6%) больных, не предъявляющие на момент обследования жалоб.

Функциональное состояние оперированного желудка оценивали на основании эндоскопического, рентгенологического исследований (стандартное и ФГЭГ), 24-часовой рН-метрии, радиологического и биохимического исследований.

Эндоскопическое исследование проведено всем больным. В группе клинического сравнения воспалительные изменения наблюдались в 66,7% случаев, эрозивно-язвенных поражений не отмечали, в 96,3% — у них анастомоз характеризовался как функционально активный. В основной группе значимо чаще встречались воспалительные изменения культи желудка (100%), анастомозит (20,7%), пептическая язва анастомоза (14,5%), функционально пассивный анастомоз (63,9%).

При рентгенологическом исследовании культи желудка имела различную форму. Преобладали больные с конической формой культи, значимых различий в исследуемых группах не было установлено.

По характеру эвакуации выделяли непрерывно-ускоренный, непрерывно-замедленный, порционно-ускоренный, порционно-замедленный типы опорожнения, а также задержку эвакуации. В группе клинического сравнения преобладали наиболее выгодные в функциональном отношении порционно и непрерывно замедленные типы эвакуации (70,4%). Рентгенологически преобладали замедленные типы эвакуации (70,4%), моторно-эвакуаторных нарушений 12-перстной кишки обнаружено не было. В основном ПГРС (59,4%) сопровождался непрерывно-ускоренным характером эвакуации из культи желудка.

Оценка функции приводящей петли проводилась на основании радиогепатодуоденографии. В группе клинического сравнения моторно-эвакуаторных нарушений 12-перстной кишки (МЭН ДПК) выявлено не было. В основной группе из 28 обследованных МЭН тяжелой степени отмечены у 7 (11,3%) больных, МЭН средней степени - у 9 (14,5%) и легкой степени - у 12 (19,4%).

О тонусе культи желудка и анастомозированных петель судили на основании манометрии, проводимой по методу «открытого катетера». Наибольшие изменения нашли со стороны тонкой кишки. Так, если внутриполостное давление (ВПД) в культе желудка было достаточно стабильным и составляло 60-80 мм.водн. ст., то, по изменению ВПД в отводящей кишке нами зарегистрировано несколько вариантов последних. Нормотонический вариант сокращений культи желудка и отводящей кишки отмечали в 62,3% случаев у группы клинического сравнения. В основной же группе преобладали больные с гипертонической (59,8%) и гипотонической (25,4%) функцией отводящей петли.

Для определения интенсивности и продолжительности ДГР анализировали показатели 24-часовой рН-метрии. К признакам ДГР (ЕГР) относили колебания с размахом не менее 3 единиц рН, длительность рефлюкса измеряли в минутах.

В основной группе ДГР установлен в 53,2% случаев, при этом в 27,3% — он характеризовался как тяжелый. В группе клинического сравнения ДГР легкой степени выявлен в 12,9% случаев.

При морфологическом исследовании в слизистой оперированного желудка зарегистрированы признаки хронического гастродуоденоэюнита разной степени выраженности. Наибольшие изменения наблюдались в зоне анастомоза и проявлялись нарушением нормальной архитектоники крипт и ворсин, дистрофическими изменениями и десквамацией покровных эпителиоцитов, увеличением или уменьшением бокаловидных клеток. Регистрировалась диффузная и очаговая инфильтрация собственной пластинки, гиперплазия лимфоидных фолликулов.

Таким образом, при постгастрорезекционных синдромах наблюдаются функциональные нарушения составляющих оперированного желудка, тяжесть и сочетание которых определяют тяжесть синдрома. Своевременная диагностика подобных нарушений способствует ранней реабилитации больных.

С целью оптимизации лечения больных гастроэнтерологического профиля считаем необходимым внедрение в клиническую практику следующих исследований:

1. Определение концентрации секреторного Jg A (SJg A) в желудочной слизи (последний обеспечивает местный иммунитет слизистой желудка, тормозит бактериальную инвазию, нейтрализует токсины и препятствует внедрению антигенов внутрь слизистой; своевременная коррекция данного иммунодефицита позволит сократить сроки лечения и обеспечит более длительную ремиссию при эрозивно-язвенных поражениях ЖКТ);
2. Определение содержания амилазы, дисахаридазы, липазы и т.д. в гомогенате слизистой тощей кишки;
3. Определение концентрации антител к гастрину в сыворотке крови методом ИФА.

THE CRITERIA OF FUNCTIONAL-MORPHOLOGICAL STATE OF STOMACH AFTER SURGERY

S. V. Sokolova, A. V. Scherbatikh, S. M. Kuznetsov, A. A. Bolsheshapov
(The Chair of Faculty Surgery of ISMU)

The data of examination of 116 patients after stomach resection is presented. The criteria of estimation of functional-morphological state of operated stomach in postgastroresectional syndromes were defined.

© СОРОКИНА Л.В., ГОЛУБ И.Е., ШОЛОХОВ Л.Ф., БЕЛОБОРОДОВ В.А. -

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Л.В. Сорокина, И.Е. Голуб, Л.Ф. Шолохов, В.А. Белобородов
(Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИГМУ, зав. - проф. И.Е. Голуб)

Резюме. С острой кишечной непроходимостью у 32 больных изучено влияние наркоза на перекисное окисление липидов и антиоксидантную активность.

Ключевые слова. Острая кишечная непроходимость, наркоз, перекисное окисление липидов, антиоксидантная активность.