

проходивших коррекционный курс с использованием методики БОС, положительная динамика показателей биоэлектрической активности головного мозга была значительно более выражена.

Это позволяет говорить о целесообразности использования данной методики в программах коррекционной работы с детьми младшего школьного возраста, у которых отмечаются признаки СГДВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдуков С. Н., Сметанкин А. А., Дурнов О. В. // Материалы III Российского форума «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии». — М., 2001. — С. 210.

2. Сметанкин А. А., Толкалов А. В., Дурнов О. В. // Биол. Обратная связь. — 1999. — № 4. — С. 80—85.

3. Яковлев Н. М., Иванов Р. Р., Коновалов Г. В., Лютин Д. В. // Международная конференция, посвященная 100-летию кафедры психиатрии СПбМУ им. И. П. Павлова. — СПб., 2000.

4. Smetankin A., Bourmistrov A., Vovk O. // Proceedings of the Third World Congress of Fluency Disorders. — Nyborg, 2000. — P.410—415.

Контактная информация

Тонконоженко Нэлли Леонидовна — ассистент кафедры детских болезней педиатрического факультета ВолГМУ, e-mail: baby_8@mail.ru

УДК 616.33-002.44-089-06

МОНИТОРИНГ, ПРОГНОЗ И НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

М. А. Топчиев, Д. Н. Завьялов, А. А. Жидовинов, В. В. Антонян

Астраханская государственная медицинская академия

Имеют постгастрорезекционные синдромы (демпинг-синдром, рефлюкс-гастрит и др.) 15—40 % пациентов, перенесших резекцию желудка. Чтобы выявить риск развития демпинг-синдрома в преоперационном периоде были использованы прогностические оценки и предложены пути резекции желудка с созданием клапанного замыкательного аппарата его культи, который делает возможным снизить частоту развития постгастрорезекционных синдромов.

Ключевые слова: постгастрорезекционные синдромы, демпинг-синдром, прогностический индекс, арефлюксный анастомоз.

MONITORING, PROGNOSIS AND NEW TECHNOLOGY IN SURGICAL TREATMENT OF ULCER DISEASE

M. A. Topchiev, D. N. Zavyalov, A. A. Jidovinov, V. V. Antonyan

15—40 % of patients subjected to stomach resection have the postgastroresectional syndrome (dumping-syndrome, reflux-gastritis etc.). To determine the risk of dumping-syndrome in the preoperative period prognostic estimations were used, and a way of stomach resection with creation of a valve in closed apparatus of its stump was proposed, which enables one to reduce the rate of development of postgastroresectional syndrome.

Key words: postgastroresectional syndrome, dumping-syndrome, prognostic index, nonreflux anastomosis.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки во многих странах, в том числе и нашей, является одним из наиболее распространенных заболеваний и встречается у 6—10 % взрослого населения. Высокая заболеваемость, значительная частота развития осложнений позволяют отнести изучение и лечение этого заболевания к числу важных медицинских и социальных проблем.

Резекция желудка при хроническом течении язвенной болезни, ее осложнениях, а также доброкачественных новообразований желудка, до сих пор остается широко распространенной и наиболее радикальной операцией [2—5]. Однако у 15—40 % пациентов, перенесших резекцию желудка в различных объемах

и модификациях, развиваются постгастрорезекционные синдромы. При этом ухудшается качество жизни пациентов, снижается трудоспособность, а в 10—15 % случаев приводит к инвалидности [1, 6]. Среди них ведущую роль занимает демпинг-синдром. Поэтому выбор способа оперативного лечения должен определяться с учетом имеющихся у пациентов нарушений, таких как предрасположенность к демпинг-синдрому, синдром Золлингера-Эллисона, недостаточность пилорического или кардиального жомов и др.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проведение мониторинга показателей предрасположенности к демпинг-синдрому. Обоснование ин-

дивидуального подхода к выбору способа оперативного лечения.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы располагаем опытом хирургического лечения 357 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнений в возрасте от 20 до 74 лет. 90,3 % были моложе 60 лет. В до- и послеоперационном периодах проводилось комплексное обследование пациентов: лабораторные, клинические методы исследования, рентгенологический метод, радиоизотопный, эндоскопический. У отдельной группы больных проводился мониторинг показателей прогностического индекса (ПИ), определяющий ту или иную степень предрасположенности к демпинг-синдрому.

Комплекс включает 16 клинических, лабораторных и бактериологических параметров, характеризующих клиническое течение основного заболевания.

В результате анализа и мониторинга указанных 16 факторов риска разработана балльная оценка клинических и лабораторных параметров для прогнозирования развития демпинг-синдрома. Сумма баллов по имеющимся у больного факторам риска используется в качестве прогностического индекса (ПИ). ПИ определяется однократно с выделением трех групп пациентов по баллам.

До 224 баллов: вероятность развития демпинг-синдрома низкая.

От 224 до 572 баллов: имеется вероятность развития демпинг-синдрома.

От 573 баллов и выше: вероятность развития демпинг-синдрома очень высокая.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе результатов все пациенты были разделены на две группы.

В первую группу вошли больные (298 чел.), которым предрасположенность к демпинг-синдрому не определялась. Им хирургическое лечение проводилось по общепринятым методикам (Бильрот 1, Гофмейстера-Финстерера, по В. Г. Вальтеру).

Во вторую группу (59 чел.) вошли пациенты, которые подверглись мониторингу и прогнозу в плане развития постгастрорезекционных расстройств.

В первой группе больных выполнены операции:

Резекция желудка по Бильрот 1 выполнена у 50 больных. При пилорoduоденальной локализации — у 24 пациентов, при язве I типа — у 26 больных.

По Гофмейстеру-Финстереру резекция желудка выполнена у 145 больных. У 88 оперированных язва локализовалась в пилорoduоденальной области (дуоденальные язвы и язвы III типа). У 48 больных язва локализовалась в желудке (I тип).

Резекция желудка с наложением гофрирующего позадиободочного анастомоза в модификации про-

фессора В. Г. Вальтера выполнена у 103 больных. Язва локализовалась в пилорoduоденальной области у 71 больного. В 32 случаях резекция желудка с наложением гофрирующего анастомоза выполнена при желудочной локализации язвы I типа.

При оценке результатов было отмечено, что после резекции с прямым гастрoduоденоанастомозом отличные и хорошие результаты получены у 46 больных (92 %), удовлетворительные — у 3, плохие — у 1.

После резекции по Гофмейстеру-Финстереру отличные и хорошие результаты получены у 64,4 % обследованных больных.

При резекции желудка с формированием анастомоза гофрирующими швами по В. Г. Вальтеру хорошие и отличные результаты получены у 84 % обследованных.

Во второй группе больных нами проведен мониторинг указанных факторов риска для прогнозирования развития демпинг-синдрома у 59 больных. Согласно которому: 1) у 14 пациентов имелась вероятность развития демпинг-синдрома — 253 балла; 2) у 7 пациентов вероятность развития демпинг-синдрома была очень высокой — 596 баллов; 3) у 38 пациентов имелась низкая вероятность развития демпинг-синдрома — менее 224 баллов.

В хирургическом лечении данной группы больных были применены 4 вида операций.

У больных (21 чел.) с имеющейся вероятностью развития демпинг-синдрома и высокой вероятностью был применен разработанный нами способ резекции желудка с созданием «клапанного» замыкательного аппарата его культи (арефлюксный анастомоз). При этом с желудочной локализацией язвы — у 9 больных и у 12 — с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке. У 2 больных был наложен прямой гастрoduоденоанастомоз. В 19 случаях — позадиободочный гастроэнтероанастомоз на короткой петле.

При выполнении указанной резекции из передней и задней стенок удаляемой части желудка выкраиваются полнослойные лоскуты. Края обоих лоскутов сшиваются с применением шва по Пирогову-Матешуку. При этом создается «киль», который после формирования малой кривизны, инвагинируется в просвет культи желудка. Непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливается путем наложения гастрoduоденоанастомоза или гастроэнтероанастомоза. Образованный анастомоз позволяет сформировать «клапан» и «пилорический» канал. «Клапан» располагается в культе желудка, придавая ему конусовидную форму.

У больных (38 чел.) с низкой вероятностью развития демпинг-синдрома выполнены резекции желудка по Бильрот 1, по В. Г. Вальтеру и по Гофмейстеру-Финстереру.

При анализе результата обследования 21 пациента после резекции желудка с созданием «клапанного» замыкательного аппарата культи желудка от-

личные и хорошие результаты получены у 20 больных, удовлетворительные — у одного.

При изучении непосредственных результатов выявлено, что осложнения связанные с технологией операции, регистрировали у 20,9 % от всех произведенных резекций. Из них после резекции по Бильрот 1—4,8 %, после резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру — 11,8 %, после резекции с наложением гофрирующего анастомоза по В. Г. Вальтеру — 3,6 %, после резекции желудка с наложением арефлюксного анастомоза — 0,7 %. Сюда относятся: кровотечение, недостаточность швов анастомоза, послеоперационный панкреатит, синдром приводящей петли. А также осложнения, которые мы не связываем с техникой выполнения резекции: ранняя спаечная кишечная непроходимость, печеночная недостаточность, нагноение послеоперационной раны, эвентрация, абсцесс брюшной полости, пневмония.

Общая летальность после резекции желудка составила 1,7 %. Летальность после выполнения резекции желудка с созданием гофрирующего анастомоза и арефлюксного анастомоза составила 1,2 %. В группе больных, которым произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру, Бильрот 1 летальность составила 2,1 %.

Оценка функционального состояния оперированного желудка после различных способов оперативного лечения подтверждает их роль в развитии патологических синдромов.

Моторно-эвакуаторная функция изучалась при помощи полипозиционной рентгенографии, динамической гастросцинтиграфии, ФГДС.

У 19 обследованных после резекции желудка с созданием «клапанного» замыкательного аппарата культи желудка преобладало порционное опорожнение культи желудка у 84,4 %. Частота дуоденогастрального рефлюкса зарегистрирована у 5,9 %.

У 103 больных после резекции с наложением гофрирующего анастомоза порционный тип эвакуации фиксирован у 58,4 %, дуоденогастральный рефлюкс зарегистрирован у 17,9 % обследованных. Соустье смыкалось у 41 % обследованных.

У 41 пациента после резекции желудка с прямым гастродуоденоанастомозом порционный тип эвакуации регистрировали у 61 %. Рефлюкс фиксирован у 22 %. Соустье смыкалось у 39 % обследованных.

У 80 больных после резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру порционный тип эвакуации был отмечен у 31,3 %. Рефлюкс фиксирован у 59 %, соустье смыкалось у 13,8 %.

При изучении скорости эвакуации с помощью динамической гастросцинтиграфии было отмечено ускорение эвакуации после всех видов вмешательства.

Так, после резекции желудка с наложением арефлюксного анастомоза период полувыведения (Т/2) изотопа составил (25 ± 1,5) минуты, а период полного выведения (Т) — (120 ± 3,9) минуты. При прямом

гастродуоденальном анастомозе Т/2 составил (20,1 ± 2,0) минуты, а Т — (80,9 ± 4,9) минуты. При гофрирующем анастомозе Т/2 составил (20,1 ± 1,5) минуты, а Т — (75,3 ± 6,0) минут. После резекции по Гофмейстеру-Финстереру Т/2 составил (18,3 ± 2,4) минуты, а Т — (70,3 ± 9,9) минуты.

Демпинг-синдром зарегистрирован у 6,5 % больных из 357 прослеженных. После резекции по Гофмейстеру-Финстереру — у 3,5 %. После резекции по Бильрот 1 — 0,8 %. После резекции с наложением гофрирующего анастомоза по В. Г. Вальтеру — у 2,2 %.

Проявления демпинг-синдрома при обследовании больных после резекции желудка с созданием арефлюксного анастомоза мы не наблюдали.

Таким образом, проведение клинико-функционального исследования больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в дооперационном периоде с определением прогностического индекса возможного развития демпинг-синдрома в послеоперационном периоде позволило выявить группы больных, различно предрасположенных к этому осложнению. Балльная оценка ПИ дала возможность индивидуализировать подход к определению вида оперативного вмешательства у конкретного больного, а именно: больным с низким риском развития демпинг-синдрома возможно любое, выбранное хирургом по показаниям, хирургическое лечение; у больных с вероятностью развития демпинг-синдрома показана либо резекция желудка с функциональными анастомозами, либо возможны органосохраняющие операции; у больных с высокой степенью риска развития демпинг-синдрома целесообразно проведение органосохраняющих операций, либо резекции желудка с формированием арефлюксного анастомоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Применение ПИ развития демпинг-синдрома в дооперационном обследовании пациентов позволяет индивидуализировать подход к выбору способа оперативного лечения и тем самым уменьшить число развития постгастрорезекционных синдромов (демпинг — синдром).

2. Резекция желудка с созданием «клапанного» замыкательного аппарата культи желудка позволяет сохранить ритмичную эвакуацию, уменьшить дуодено-энтерогастральный рефлюкс и развитие связанных с ним патологических синдромов. Такой вид конструкции анастомоза может быть рекомендован при наличии предрасположенности к развитию демпинг-синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аскерханов Г. Р., Загиров У. З., Гаджиев А. С. Болезни оперированного желудка. — М: Медпрактика, 1999. — 152 с.
2. Витебский Я. Д. Основы клапанной гастроэнтерологии. — Челябинск: Южно-Урал. кн. изд-во, 1991. — 304 с.

3. Вальтер В. Г., Журнаджьянц В. А., Кутуков В. Е. Резекция желудка. — Астрахань, 1995. — 77 с.

4. Земляной А. Г. // Вестн. хир. — 1990. — № 4. — С. 12—15.

5. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1996. — 256 с.

6. Eagon J. C., Miedema B. W., Kelly K. A. // Surg. Clin. North Amer. — 1992. — Vol. 72, № 2. — P. 445—465.

Контактная информация

Жидовинов Алексей Александрович — д. м. н., Астраханская государственная медицинская академия, e-mail: jidovinov@mail.ru

УДК 616-073.65:617-007

АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В СФОРМИРОВАННЫХ СПАЙКАХ ВЕРХНЕГО ЭТАЖА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В. Б. Барканов, А. А. Воробьев, С. В. Поройский, Б. Б. Полуосьмак, А. Н. Горячев

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоградское областное бюро судебно-медицинской экспертизы*

При морфологическом анализе спаек эпигастрия, иссеченных во время холецистэктомии, выявлено разнообразие клеточного состава и его распределения, в зависимости от места прикрепления спайки. Спайки, прикрепленные к желчному пузырю, содержат относительно много мезотелиальных клеток, эндотелия и мало макрофагов; к печени — много макрофагов и мезотелия, но бедно васкуляризованы. Спайки к двенадцатиперстной кишке имеют много сосудов, но мало макрофагов и мезотелия; к сальнику содержат большое количество макрофагов и эндотелия при малом количестве мезотелиальных клеток.

Указанные различия могут частично объяснить неодинаковую динамику спаечного процесса при формировании сращений данной локализации, а также их различную чувствительность к профилактическим и лечебным воздействиям.

Ключевые слова: спайки, брюшная полость, макрофаги, эндотелий, мезотелий.

DISTRIBUTION OF CELLULAR ELEMENTS IN COMPLETE PERITONEAL ADHESIONS OF EPIGASTRIUM

V. B. Barkanov, A. A. Vorobjev, S. V. Poroytsky, B. B. Poluosjmak, A. N. Goryachev

A variety of cellular content and of its distribution was established on morphological analysis of complete peritoneal adhesion of epigastrium which had been dissected during cholecystectomy. These differences heavily depended on attachment place of adhesions. The tissue in adhesion to gallbladder has relatively much mesothelium and endotheliocytes in comparison with macrophages. The adhesions to liver contained a lot of macrophages and mesothelium, but they were poorly vascularized. The adhesions to duodenum were enriched by endothelium, but few macrophages or mesothelium. Omental adhesions had many macrophages and endothelium, but little mesothelium.

These data may particularly explain the differences in dynamics of adhesive process in epigastrium, and their probable sensitivity to prevention and treatment.

Key word: peritoneal adhesions, macrophages, endothelium, mesothelium.

Послеоперационное спайкообразование в верхнем этаже брюшной полости до настоящего времени остается одним из важных факторов в развитии и проявлениях ряда хронических заболеваний (желчекаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), а также существенно затрудняет проведение последующих оперативных, в том числе малоинвазивных операций [1, 2, 4].

Возникающие спайки могут стать причиной достаточно быстро прогрессирующей патологии со значительными трудностями оперативных подходов к лечению и высоким риском неблагоприятных исходов, объединенных в понятие «спаечная болезнь» [3, 5, 8].

Одной из причин, определяющих высокую частоту спайкообразования после абдоминальных вмешательств, является наличие воспалительного процесса той или иной степени выраженности. Активизация межклеточных взаимоотношений в брюшине при воспалении становится промотером дальнейшего спайкообразования. Особая роль придается взаимоотношениям макрофагов, мезотелиоцитов и эндотелиальных клеток сосудов [3, 5, 7].

Данные о распределении клеток в спайках верхнего этажа брюшной полости в связи с их давностью, локализацией и происхождением, в доступной литературе отсутствуют, а детальное изучение этого