

Вопросы Хирургии

научно - практический журнал
реконструктивной
и пластической

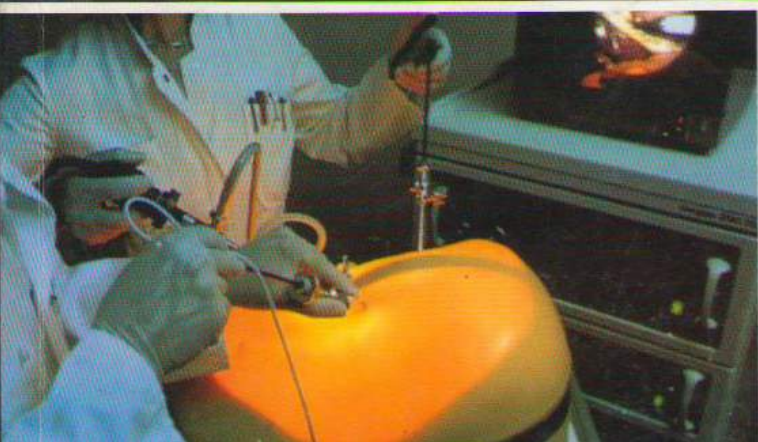
№1(12)
январь'2005

ISSN 1814-14



*29 января 1881 года
(124 года) – Th. Billroth
проводит первую удачную
резекцию желудка по поводу
рака Therese Heller.*

*В 1875 году (130 лет)
Jones проводит первую
удачную гастростомию
при обтурации пищевода.*



Научно-исследовательский институт гастроэнтерологии СибГМУ

проводит комплексное стационарное обследование и лечение пациентов с патологией органов пищеварения.

Хирургическая коррекция заболеваний пищевода, желудка, двенадцатиперстной, толстой и прямой кишки выполняется по оригинальным методикам, разработанным директором института, доктором медицинских наук, профессором Г.К. Жерловым. Все используемые способы операций защищены патентами Российской Федерации.

Институт оказывает лечебно-консультативную помощь в сложных случаях диагностики, определения тактики и решения вопроса об оперативном лечении в клинике у больных с патологией органов пищеварения.

Институт производит лечение:

Заболеваний пищевода

(дисфагии; рубцовые стриктуры; доброкачественные и злокачественные новообразования; ахалазия кардии; грыжи пищеводного отверстия диафрагмы);

Заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки

(язвенная болезнь; новообразования; болезни оперированного желудка; дуоденостаз; синдромом Золлингера-Эллисона);

Заболеваний гепатопанкреато-дуоденальной зоны

(хронические панкреатиты; новообразования и кисты поджелудочной железы; варикозное расширение вен пищевода при синдроме портальной гипертензии);

Заболеваний толстой и прямой кишки

(новообразования; дивертикулез; полипоз; хронический копростаз; болезнь Гиршпрунга);

Выполнение лапароскопических операций

(желчно-каменная болезнь; грыжи брюшной стенки; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; рассечение спаек; диагностическая лапароскопия).

Лечение проводят доктора и кандидаты медицинских наук, врачи-хирурги высшей категории. К услугам пациентов одно- и двухместные палаты.

По вопросам госпитализации обращаться в Северске по тел. (8-242) 226-05, 642-65, 642-38; тел./факс (8-242) 642-65.

В Томске открыты консультативные приемы в помещении аптеки «САНО» (пр. Фрунзе, 24). Предварительная запись по тел. 53-03-93. МНПО «Здоровье», ул. Котовского, 19, тел. 55-65-60.



Директор:
доктор
медицинских
наук, профессор
Жерлов Георгий
Кириллович.



Интерьер
палаты-«плюс»



научно-практический журнал
Вопросы реконструктивной
и пластической
Хирургии

№1(12)
январь 2005

УЧРЕДИТЕЛИ:

АНО Научно-исследовательский институт микрохирургии ТНЦ СО РАМН
Сибирский государственный медицинский университет
Научно-исследовательский институт гастроэнтерологии при СибГМУ
Медицинское объединение «Здоровье»

Нет ничего в мире сильнее свободной научной мысли!
В.И. Вернадский

ISSN 1814-1471

Журнал зарегистрирован
в Министерстве по делам печати,
телерадиовещания и средств
массовой коммуникации РФ
ПИ №77-9259 от 22 июня 2001 года.

Издается на средства
Благотворительного фонда
«Микрохирургия», спонсоров,
рекламодателей в г. Томске

Территория распространения:
Российская Федерация, страны СНГ.

НА ОБЛОЖКЕ:

Тренажер для мининвазивной
хирургии (Университет Тюбингена).

Теодор Билльрот с ассистентами.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

В.Ф. Байтингер, профессор

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

А.И. Цуканов, к.м.н.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

Н.А. Кулижникова

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Г.Ц. Дамбаев, член-корреспондент РАМН,

В.В. Юркевич, профессор,

Г.К. Жерлов, профессор,

В.И. Тихонов, профессор,

Р.С. Баширов, профессор,

И.В. Запускалов, профессор,

В.К. Пашков, профессор,

А.Н. Байков, профессор,

С.В. Логвинов, профессор,

А.А. Сотников, профессор.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.С. Любарский, член-корреспондент РАМН (Новосибирск)

И.В. Шведовченко, профессор (Санкт-Петербург)

Н.Ф. Фомин, профессор (Санкт-Петербург)

А.Ю. Кочиш, профессор (Санкт-Петербург)

Н.В. Островский, профессор (Саратов)

А.Н. Горячев, профессор (Омск)

С.С. Дыдыкин, профессор (Москва)

К.Г. Абалмасов, профессор (Москва)

В.Г. Голубев, профессор (Москва)

А.И. Шевела, профессор (Новосибирск)

А.Г. Пухов, профессор (Челябинск)

А.А. Воробьев, профессор (Волгоград)

К.П. Пшениснов, профессор (Ярославль)

ГРУППА РАЗРАБОТКИ И ВЫПУСКА:

студенты и преподаватели

факультета журналистики

Томского госуниверситета

Е. Лавров, И. Мясников, С. Соболев,

О. Седельников. Фото С. Захаров.

Руководитель группы разработки

и выпуска Ю.Н. Мясников.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

634050, г. Томск, Московский тракт, 2.

Тел.: (3822) 64-53-78, 53-26-30,

тел./факс: (3822) 64-57-53.

E-mail: sibmicro@post.tomica.ru

Корректор: Н.А. Суханова.

Все права защищены.

© «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии», 2004

научно - практический журнал
Вопросы реконструктивной
и пластической
Хирургии

№1(12)
январь'2005

В этом номере:

Слово редактора	7
Совместная декларация министров образования стран Европы на встрече в Болонье 19 июня 1999 года.....	9
Создание общеевропейского пространства высшего образования	10
Примерное положение об организации учебного процесса в высшем учебном заведении с использованием системы зачетных единиц	15
Раздел I. Хирургия пищевода.....	17
В.И. Оноприев, В.С. Джаладян, В.В. Рябчун, Р.Г. Рыжих	
О названиях арефлюксных операций на кардии	17
В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.Г. Климов	
Диафрагмокуроррафия и хиатопластика при аксиальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, сопровождающихся гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	18
В.И. Оноприев, В.М. Дурлештер, А.Я. Гучетль, И.С. Клитинская, Т.М. Семенихина, В.В. Рябчун	
Результаты хирургического лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.....	21
В.И. Оноприев, В.М. Дурлештер, В.В. Рябчун, И.С. Клитинская	
Современные хирургические технологии создания арефлюксной кардии при различных формах ахалазии пищевода.....	25

Г.К. Жерлов, В.Э. Гюнтер, С.В. Козлов, Ю.М. Падеров, Р.С. Карась

Экспериментальная разработка способа формирования зоны повышенного давления в области «некомпетентного» нижнего пищеводного сфинктера 31

Г.К. Жерлов, В.Э. Гюнтер, С.В. Козлов, С.П. Синько, Р.С. Карась

Результаты хирургического лечения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью..... 36

Раздел II. Хирургия язвенной болезни 39

В.И. Оноприев, О.С. Токаренко, И.Б. Уваров

Органосохраняющие хирургические технологии лечения язвенной болезни желудка 39

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, А.В. Аксененко, Ю.Д. Ермолаев, С.А. Соколов, Р.С. Лобачев, А.С. Медведев

К вопросу выбора радикальной операции у больных после ранее ушитых перфоративных гастродуоденальных язв 44

В.В. Василенко, Б.В. Шагал, Б.Ю. Шомахова, Н.В. Клепикова, С.Р. Генрих

Рентгенологическая оценка характера рубцово-язвенных деформаций двенадцатиперстной кишки при определении показаний к дуоденопластике 48

Г.К. Жерлов, С.П. Синько

Выбор способа лечения дуоденальных язв на основании исследования качества жизни..... 51

В.И. Оноприев, С.Р. Генрих, Е.Н. Борздых

Обоснование и клинико-физиологическая оценка способов реконструктивных операций у больных с постгастрорезекционными расстройствами 54

В.В. Оноприев, С.Ю. Ващенко, Е.Н. Борздых, Р.Г. Рыжих

Случай успешного применения эндосерозальной низкочастотной электростимуляции в раннем послеоперационном периоде у больного после реконструктивной операции по поводу сочетанных постгастрорезекционных расстройств..... 56

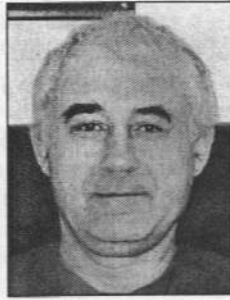
Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, В.В. Нестеров, В.М. Воробьев К вопросу о реконструктивной еюногастропластике в лечении болезни оперированного желудка	59
Раздел III. Рак желудка	64
Г.К. Жерлов, В.В. Карасева, Е.Б. Миронова, О.В. Жаркова, О.Д. Кадникова Роль паллиативных операций в лечении распространенных форм рака желудка..	64
Г.К. Жерлов, Н.С. Рудая, Е.И. Маевский Современные методы эндоскопии в дифференциальной диагностике предраковых изменений и рака желудка	67
Раздел IV. Разное	70
Г.К. Жерлов, С.Р. Баширов, И.В. Панкратов Интерсфинктерная резекция при «низком» раке прямой кишки.....	70
В.И. Оноприев, С.Р. Генрих, Н.Ф. Помазанова Способ оперативного лечения рецидивных и сложных форм паховых грыж	74
Раздел V. История медицины.....	80
В.Л. Околов Рыцарь российской хирургии	80
Раздел VI. Информация	83
Научный мир – на пороге переворота, который может быть сделан в Сибири.....	83
На Общем собрании в Новосибирске подведены итоги деятельности Сибирского отделения РАМН.....	84
Пластическая хирургия – на симпозиуме в Екатеринбурге	85
Гастроэнтерологи собирались в Сочи	85
О трудовых пенсиях.....	87
Summaries	88

Уважаемый читатель!

Вы держите в руках очередной (тематический) номер журнала, посвященный реконструктивной и пластической гастроэнтерологии.

Уникальность номера состоит в том, что на его страницах гастроэнтерологические хирургические школы профессоров В.И. Оноприева и Г.К. Жерлова в полном объеме представляют свои последние достижения в этом сложном разделе хирургии. Обе школы проповедуют идею восстановительной хирургии на основе серьезного функционально-морфологического подхода. Такой подход считаю правильным и максимально продуктивным для успешного решения сложных клинических проблем.

Работа научных школ профессоров В.И. Оноприева и Г.К. Жерлова является образцовой, а их идеология достойна подражания. По другому и быть не могло. У ее истоков стояли такие выдающиеся ученые как профессора-морфологи Ф.Ф. Сакс и А.И. Рыжов (Томск) и профессора-физиологи М.А. Медведев (Томск) и Г.Ф. Короть-



ко (Краснодар). Все эти люди находились в тесных научных контактах, часто общались на научных конференциях и симпозиумах и, конечно, серьезно влияли на умы и настроения таких талантливых хирургов как В.И. Оноприев и Г.К. Жерлов.

На страницах журнала обе школы взаимно дополняют друг друга, хотя имеются уже элементы соперничества в методологических подходах, объеме исследований и т.д. Эта ситуация радует, поскольку демонстрирует тот факт, что наука на периферии Российской Федерации развивается успешно, а, возможно, и успешно перемещается в своих достижениях из столиц.

Надеюсь, что наш журнал сделает еще много полезного для укрепления идеологии реконструктивной и пластической хирургии, а также в поддержке талантливых ученых и врачей в различных регионах нашей страны.

**С уважением,
главный редактор,
Заслуженный врач РФ,
профессор В.Ф. Байтингер**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Р С С Р
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

350000, г. Краснодар, ул. Седина, 4
Тел. 57-93-03. Р/счет 000161910 в комбанке
«РИС» РКЦ г/б г. Краснодара,
МФО 14100, с/с 361301

И. В. С. №

*Андр.
Байков*
Розмари

Ректору Сибирского государственного
медицинского университета
академику М. А. Медведеву

Уважаемый Михаил Андреевич!

Согласно нашей договоренности, Республиканский Центр функциональной хирургической гастроэнтерологии направляет во введенный Вам медицинский университет ст. научного сотрудника нашего центра канд. мед. наук В. В. Оноприева с просьбой принять его на рабочее место в лабораторию кафедры топ. анатомии и оперативной хирургии.

Убедительно прошу Вашего содействия в ознакомлении командированного сотрудника Центра с работами лаборатории, которая, благодаря целенаправленной деятельности под руководством профессоров Ф. Ф. Сакса и В. Ф. Байтингера, лидирует в мировой науке о строении и функциях сфинктеров пищеварительного тракта. Мы надеемся, что глубокое знакомство с работами лаборатории, освоение основных методических приемов, их применение в лаборатории и клинике позволит нам с помощью и участием специалистов СМГУ выйти на современный уровень работы нашего Центра на данном направлении, в творческом контакте разрабатывать актуальные проблемы экспериментальной и клинической гастроэнтерологии.

С уважением и благодарностью
Зам. директора РЦФХГ

Г. Ф. Коротко
Г. Ф. Коротко

Совместная декларация министров образования стран Европы на встрече в Болонье 19 июня 1999 года

Выдающиеся достижения последних лет привели к тому, что общеевропейский процесс становится настоящей и очень серьезной реальностью для Евросоюза и его членов. Перспективы расширения Союза, углубление сотрудничества с другими странами Европы придают более широкие масштабы этому процессу. Одновременно в политических и научных кругах, в общественном мнении растет осознание необходимости построения интегрированной, имеющей богатые перспективы Европы, и особенно укрепления ее интеллектуального, культурного, социального и научно-технического потенциала.

Европа Знаний широко признана как важнейший компонент общественного и гуманитарного развития, как незаменимый фактор объединения и обогащения граждан. Эта Европа призвана дать своим гражданам знания, отвечающие вызовам нового тысячелетия, чувство причастности к совместным ценностям и общему социально-культурному пространству.

Общепризнанной является первостепенная важность образования и сотрудничества в этой области для создания и укрепления стабильных демократических обществ в Европе, особенно в свете событий на ее юго-востоке.

Сорбоннская Декларация от 25 мая 1998 года, фундаментом которой явились вышеприведенные суждения, подчеркивает центральную роль высших учебных заведений в культурном развитии Европы. Особое значение в Декларации придается созданию европейского пространства высшего образования, что способствовало бы повышению мобильности граждан, расширению перспектив их трудоустройства и развитию континента в целом.

Несколько стран Европы откликнулись на призыв добиваться решения поставленных Декларацией задач, подписав ее или выразив свое принципиальное согласие. О решимости действовать свидетеляют начатые рядом правительств реформы высшего образования.

Со своей стороны, высшие учебные заведения Европы взяли на себя

основную роль в построении европейского пространства высшего образования, а также в реализации главных принципов Magna Charta Universitatum, принятой в Болонье в 1988 году. Особенно важной является последняя задача, т.к. независимость и самостоятельность высших учебных заведений обеспечивают адаптацию системы высшего образования и научных исследований к изменяющимся потребностям общества и достижениям научной мысли.

Курс действий имеет ясную цель и правильно выбранное направление. Однако для достижения большей совместности и сопоставимости систем высшего образования необходимы серьезные усилия. Ощутимые сдвиги в этом направлении требуют принятия конкретных мер. Встреча 18 июня была отмечена участием авторитетных ученых и специалистов из всех стран, подписавших Декларацию, и принятием полезных инициатив.

Особое внимание следует уделить увеличению международной конкурентоспособности европейской системы высшего образования. Жизнеспособность и организационно-технический уровень любой цивилизации определяются привлекательностью ее культуры для других стран. Мы должны добиться того, чтобы престиж европейской системы высшего образования в мире был так же высок, как престиж европейской культуры и науки.

Выражая нашу поддержку основным принципам Сорбоннской Декларации, мы координируем свои действия, направленные на достижение в ближайшей перспективе, но в любом случае не позднее 2010 года, следующих целей, которые имеют первостепенную важность для создания образовательного пространства в Европе и повышения международного престижа европейского высшего образования:

введение системы точно определенных и сопоставимых степеней, в том числе через введение выдачи диплома, с целью облегчения трудоустройства выпускников и увеличения международной конку-

рентоспособности европейской системы высшего образования;

— введение системы двухэтапного высшего образования: базового и последипломного. Доступ ко второму этапу требует успешного завершения первого этапа обучения, продолжительностью не менее трех лет. Степень, получаемая после первого этапа обучения, признается на европейском рынке труда как достаточный уровень квалификации;

— принятие системы кредитов — аналогичной системе ECTS — как средства, обеспечивающего широкую мобильность студентов. Кредиты могут действовать на любом уровне системы образования, включая непрерывное образование, при условии их признания всеми принимающими учебными заведениями;

— стимулирование мобильности и создание условий для свободного перемещения:

для студентов — обеспечение доступа к образованию, обучению и связанных с ними услуг;

для преподавателей, исследователей, административного персонала — признание и оценка их работы в странах Европы, без ущемления их законных прав;

— развитие европейского сотрудничества в области контроля качества с целью выработки сопоставимых критериев и методологий;

— развитие европейских аспектов высшего образования, особенно в таких областях, как разработка учебных программ, межвузовское сотрудничество, планы мобильности, программы образования, обучения и исследований.

Настоящим мы обязуемся — в рамках нашей институциональной правомочности и с должным уважением многообразия культур, языков, национальных систем образования и автономности вузов — обеспечить укрепление европейского пространства высшего образования. С этой целью мы будем осуществлять политику межправительственного сотрудничества, включая сотрудничество с неправительственными европейскими организациями, правомочными в сфере высшего образования.

Мы ожидаем от университетов своевременного позитивного отклика и серьезного вклада в успех наших устремлений.

Сознавая, что формирование европейского пространства высшего образования потребует постоянного финансового обеспечения, контроля и адаптации к изменяющимся условиям, мы приняли ре-

шение встретиться снова через два года для обсуждения достигнутых результатов и выработки последующих шагов.

Подписано:

Австрия, Бельгия (фламандская община), Бельгия (французская община), Болгария, Великобритания,

Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Словацкая Республика, Словения, Финляндия, Франция, Чешская Республика, Швейцария, Швеция, Эстония.

Создание общеевропейского пространства высшего образования

Коммюнике Конференции Министров, ответственных за Высшее образование, в Берлине 19 сентября 2003 года

Преамбула

19 июня 1999, год после Сорбоннской Декларации, министры, ответственные за высшее образование из 29 европейских стран подписали Болонскую Декларацию. Министры пришли к соглашению по поводу общих задач для создания согласованного единого общеевропейского пространства высшего образования к 2010 году. Во время последующей конференции, прошедшей в Праге 19 мая 2001 г., количество задач было увеличено, и было подтверждено обязательство создать общеевропейское пространство высшего образования к 2010 г. 19 сентября 2003 г. министры, ответственные за высшее образование, из 33 европейских стран встретились в Берлине для рассмотрения достигнутых результатов и определения приоритетов и новых задач на будущее с целью ускорения процесса установления общеевропейского пространства высшего образования.

Были приняты следующие положения, принципы и приоритеты:

Министры подтверждают важность социального аспекта Болонского Процесса. Необходимость увеличения конкурентоспособности должна соответствовать цели улучшения социальных характеристик общеевропейского пространства высшего образования, нацеленного на укрепление социальных связей и уменьшение неравенства по половому признаку как на национальном, так и на общеевропейском уровне. В этом контексте министры подтверждают своё отношение к образованию как к общественному благу и общественной ответственности. Министры подчеркивают необходимость преобладания в международном академическом сотрудничестве и программе обмена академических ценностей.

Министры должным образом принимают во внимание выводы Европейских Советов, состоявшихся в Лиссабоне (2000) и в Барселоне (2002), направленных на создание в Европе «самой конкурентоспособной и динамичной экономики в мире, основанной на знаниях и способной обеспечить устойчивый экономический рост, большее количество и лучшее качество рабочих мест и большую социальную сплоченность», а также призывающие к дальнейшим действиям более близкого сотрудничества в рамках Болонского Процесса.

Министры принимают к сведению отчет о состоянии работ, порученный Комиссии по развитию Болонского Процесса между Прагой и Берлином. Принимается во внимание отчет Trends III, подготовленный Европейской Ассоциацией Университетов (EUA), а также результаты семинаров, организованных как часть рабочей программы между Прагой и Берлином несколькими странами-участницами и учреждениями высшего образования, организациями и студентами. Министры следят за дальнейшими национальными отчетами, являющимися свидетельством значительного прогресса в области применения принципов Болонского Процесса. В заключении, министры принимают во внимание замечания Европейской Комиссии и Совета Европы и признают их поддержку в процессе реализации Процесса.

Министры разделяют мнение, что должны быть предприняты усилия для обеспечения более тесных связей между высшим образованием и исследовательскими системами в каждой из стран-участниц. Общеевропейское пространство высшего образования на этом начальном этапе извлечет большую пользу от совместной деятельно-

сти с европейским исследовательским пространством, укрепляя таким образом фундамент для Европы Знаний. Целью является сохранение европейского культурного богатства и языкового разнообразия, основывающихся на культурном наследии различных традиций, и стимулирование инновационного потенциала и социального и экономического развития посредством расширенного сотрудничества между европейскими вузами.

Министры признают фундаментальную роль вузов и студенческих организаций в развитии общеевропейского пространства высшего образования. Также принимается во внимание сообщение от Европейской Ассоциации Университетов (EUA), являющееся результатом Графской Конвенции высших учебных заведений, выступления Европейской Ассоциации высших учебных заведений (EURASHE) и сообщения E S IB — Национальных союзов студентов Европы.

Министры приветствуют заинтересованность других регионов мира в развитии общеевропейского пространства высшего образования, а также приветствуют в частности присутствие представителей европейских стран, еще не вступивших в Болонский Процесс, а также представителей рабочей группы Общего пространства высшего образования Европейского Союза, Латинской Америки и Карибского региона (EULAC) в качестве гостей конференции.

Прогресс

Министры приветствуют различные инициативы, предпринимаемые после Пражского Саммита по высшему образованию, направленные на увеличение совместности и сопоставимости образования, на создание более прозрачных

структур высшего образования и улучшения качества высшего образования в Европе на уровне вузов и на национальном уровне. Министры ценят сотрудничество и обязательство всех партнеров — высших учебных заведений, студентов и других заинтересованных лиц.

Министры подчеркивают важность всех элементов Болонского Процесса для создания общеевропейского пространства высшего образования и отмечают необходимость активизировать усилия на уровне вузов, национальном и общеевропейском уровнях. Однако, чтобы стимулировать дальнейшее развитие Процесса, министры обязуются придерживаться промежуточных приоритетов в течение следующих двух лет. Они активизируют усилия с целью развития эффективных систем обеспечения качества, эффективного использования системы, основанной на двух циклах, и усовершенствования системы признания степеней и периодов обучения.

Обеспечение качества

Как показывает практика, качество высшего образования лежит в основе развития общеевропейского пространства высшего образования. Министры обязуются поддерживать дальнейшее развитие системы обеспечения качества на уровне вузов, на национальном и общеевропейском уровнях. Они также подчеркивают необходимость развития общих критериев и методологий по обеспечению качества.

Министры также подчеркивают, что, в соответствии с принципом вузовской автономии, основная ответственность за обеспечение качества лежит на каждом из вузов. Это и является основой для реальной подотчетности академической системы в рамках национальной системы качества.

Следовательно, министры пришли к соглашению, что к 2005 г. национальные системы по обеспечению качества должны включать:

- Определение обязанностей участвующих органов и учреждений
- Оценка программ и вузов, включая внутреннюю и внешнюю оценку, участие студентов и публикацию результатов
- Систему аккредитации, аттестации и сопоставимых процедур
- Международное партнерство, сотрудничество и создание сети

На европейском уровне министры призывают ENQA при поддержке членов этой организации и в сотрудничестве с EUA, EURASHE и ESIIB, создать набор согласованных стандартов, процедур

и руководящих принципов для обеспечения качества, исследовать способы адекватной согласованной системы проверки качества и/или аккредитации агентств и организации, а также предоставить отчет по этим вопросам Министрам посредством Комиссии в 2005 г. Должным образом будет учтен опыт других ассоциаций и организаций.

Структура степеней: принятие системы, состоящей из двух основных ступеней

Министры с удовлетворением отмечают, что после принятия обязательства о двухступенчатой системе в Болонской Декларации всесторонняя реструктуризация системы европейского высшего образования идет полным ходом. Все министры обязуются начать реализацию двухступенчатой системы к 2005 г.

Министры подчеркивают важность консолидации достигнутых результатов и улучшения понимания и принятия новых квалификаций посредством укрепления диалога в рамках вузов, и между вузами и работодателями.

Министры поддерживают инициативу стран-участниц в разработке структуры согласованных и соизмеримых/сопоставимых квалификаций для системы высшего образования, которая бы стремилась дать их определение, учитывая показатели объема работы и уровня, результаты учебного процесса, компетенцию и профиль. Они также берут на себя ответственность за разработку обобщенной структуры квалификаций для общеевропейского пространства высшего образования.

В этих рамках степени должны иметь различные четко определенные результаты. Степени первой и второй ступени должны иметь различные направленности и профили, чтобы обеспечивать разнообразные индивидуальные, академические нужды и потребности трудового рынка. Степени первой ступени должны предоставлять доступ, согласно Лиссабонской Конвенции по Признанию, к программам второй ступени. Степени второй ступени должны предоставлять возможность дальнейших исследований для получения докторской степени.

Министры приглашают Комиссию рассмотреть вопрос — может ли и каким образом более короткое высшее образование быть связано с первой ступенью структуры квалификаций, созданной для общеевропейского пространства высшего образования.

Министры делают ударение на своем обязательстве сделать высшее образование доступным для всех, используя все возможности и соответствующие средства.

Продвижение мобильности

Мобильность студентов, академического и административного персонала является фундаментом для установления общеевропейского пространства высшего образования. Министры подчеркивают его важность для академической и культурной, а также социальной и экономической сфер. Они высказывают удовлетворение по поводу увеличения показателей мобильности с момента их последней встречи, возможное благодаря значительной поддержке программ Европейского Союза, а также берут на себя ответственность за улучшение качества и увеличение рамок статистических данных по мобильности студентов.

Министры подтверждают свое намерение приложить усилия по устранению всех препятствий на пути к мобильности в рамках общеевропейского пространства высшего образования. С целью стимулирования мобильности студентов министры будут делать необходимые шаги для обеспечения перечислений (признания) национальных ссуд и фантов.

Создание системы кредитов

Министры подчеркивают важность роли, которую играет Европейская Система Перевода кредитов (ECTS) в продвижении мобильности и разработки международной образовательной программы. Они отмечают, что ECTS становится все более обобщенной основой для национальных кредитных систем. Они поощряют дальнейший прогресс с целью превращения ECTS из переводной системы в накопительную, которую необходимо применять последовательно по мере того, как она развивается в рамках растущего общеевропейского пространства высшего образования.

Признание степеней: принятие системы четких и сопоставимых степеней

Министры подчеркивают важность Лиссабонской Конвенции по Признанию, которая должна быть ратифицирована всеми странами, участвующими в Болонском Процессе, и которая должна призвать сети ENIS и NARIS, а также компетентные органы федеральной власти способствовать дальнейшей реализации Конвенции.

Министры определяют цель, в рамках которой каждому студенту-выпускнику, начиная с 2005 г., должны автоматически и бесплатно предоставлять приложение к диплому. Оно должно быть издано на одном из широко распространенных европейских языков.

Они призывают учреждения и работодателей активно применять приложение к диплому и пользоваться преимуществами улучшенной, более гибкой и прозрачной системы степеней высшего образования с целью улучшения ситуации в сфере трудоустройства и продвижения академического признания для дальнейшего обучения.

Высшие учебные заведения и студенты

Министры одобряют присоединение высших учебных заведений и студентов к Болонскому процессу и признали, что лишь активное участие всех партнеров процесса обеспечит его долгосрочный успех.

Учитывая возможный вклад ведущих вузов в процесс экономического и социального развития, министры признают необходимость предоставления институтам права на принятие самостоятельных решений относительно их внутренней организации и администрации. Кроме того, министры призывают учебные заведения обеспечить полную интеграцию реформ в соответствующие функции и процессы.

Министры отмечают конструктивное участие студенческих организаций в Болонском процессе и подчеркивают необходимость вовлечения студентов в последующие мероприятия как на инициативной, так и на постоянной основе.

Студенты являются полноправными партнерами в управлении процессом получения высшего образования. Министры отмечают, что национальные законодательные меры по обеспечению вовлечения студентов широко представлены в Европейском пространстве высшего образования. Они также призывают вузы и студенческие организации к определению способов увеличения реальной вовлеченности студентов в процесс управления высшего образования.

Министры подчеркивают необходимость предоставления студентам соответствующих учебных и жизненных условий для успешной реализации учебного процесса в рамках запланированного периода обучения, а также устранения препятствий, связанных с их социальной и экономической подопле-

кой. Они также подчеркивают необходимость предоставления большего объема сопоставимых данных по социальной и экономической ситуации студентов.

Поддержка европейской составляющей в сфере высшего образования

Министры отмечают, что в соответствии с их заявлением, сделанным в Праге, разрабатываются дополнительные модули, курсы и учебные планы с европейским содержанием, ориентацией или организацией.

Они также упоминают об инициативах, предпринимаемых вузами различных стран Европы, по объединению их академических ресурсов и культурных традиций с целью содействия в разработке интегрированных учебных программ и общих степеней на первом, втором и третьем уровне.

Более того, они подчеркивают необходимость организации основного периода обучения за рубежом в программах совместных степеней, а также для преодоления лингвистических различий и изучения языка, чтобы студенты могли полностью реализовать свой потенциал в точки зрения европейской идентичности, гражданства и возможности трудоустройства.

Министры обязуются решить этот вопрос на национальном уровне с целью устранить легальные препятствия, мешающие установлению и признанию подобных степеней, и активно поддерживать разработку интегрированных учебных планов для получения совместных степеней и обеспечить их качественную адекватность.

Поддержка привлекательности Европейского пространства высшего образования

Министры соглашаются с необходимостью увеличения привлекательности и открытости европейского высшего образования. Они подтвердили свою готовность в дальнейшей разработке образовательных программ для студентов из третьих стран.

Министры заявляют, что управление трансграничным обменом в сфере высшего образования должно основываться на академическом качестве и академических ценностях, и постановили до конца разобраться с этим вопросом на соответствующих форумах. Ввиду всех имеющихся обстоятельств, в подобных

форумах должны участвовать социальные и экономические партнеры.

Они поддерживают сотрудничество с регионами в других странах мира посредством открытия Болонских семинаров и конференций для представителей этих регионов.

Обучение в течение всей жизни

Министры подчеркивают важный вклад сферы высшего образования в процесс реализации обучения в течение всей жизни. Они предпринимают шаги в этом направлении и выстраивают свою национальную политику таким образом, чтобы обеспечить достижение этой цели, и подтолкнуть вузы и другие заинтересованные организации к увеличению возможностей для обучения в течение всей жизни на уровне высшего образования, включая признание предыдущего образования. Они отмечают, что подобные действия должны являться составляющей частью высшего образования.

Кроме того, министры обращаются к тем, кто работает над системами квалификаций для Европейского пространства высшего образования, использовать широкий спектр гибких путей обучения, возможностей и технологий с надлежащим использованием кредитов ECTS.

Они отмечают необходимость улучшения способов обучения в течение всей жизни как до, так и в рамках высшего образования, в соответствии со стремлениями и возможностями граждан.

Дополнительные действия

Общеевропейское пространство высшего образования (ЕНЕА) и общеевропейское пространство исследования (ЕРА) — два основных принципа общества, основанного на знаниях.

Сознавая необходимость создания более тесных связей между ЕНЕА и ЕРА в Европе знаний, а также важность исследования как составляющей части высшего образования на территории Европы, министры считают нужным добавить докторский уровень как третью ступень Болонского процесса, дополняющую две основных ступени высшего образования. Они также подчеркивают важность исследования, исследовательского обучения и поддержки междисциплинарности в достижении и улучшении нужного уровня качества высшего образования и в увеличении конкурентоспособности высшего европейского образования. Министры призывают к увеличению мобильности на докторском и постдокторском уровнях, а также побуждают заинтересован-

ные учебные учреждения увеличивать их сотрудничество в рамках обучения на получение докторской степени и подготовки молодых исследователей.

Министры предпринимают все необходимые шаги для того, чтобы сделать высшие учебные заведения Европы более привлекательным и эффективным партнером. Поэтому министры обратились к вузам с просьбой об увеличении роли и релевантности исследований в отношении технологической, социальной и культурной эволюции и потребностей общества.

Министры понимают, что на пути достижения этих целей есть препятствия, с которыми вузы не в состоянии справиться в одиночку. Необходима сильная поддержка, в том числе финансовая, а также соответствующие решения от национальных правительств и европейских органов.

В заключении, министры заявляют о необходимости поддержать контакты, образованные на докторском уровне, в их дальнейшем усовершенствовании и становлении одним из отличительных признаков общеевропейского пространства высшего образования.

Обзор результатов

Ввиду запланированных до 2010 г. действий, ожидается принятие мер по анализу прогресса, достигнутого в рамках Болонского процесса. В результате среднесрочного пробного рассмотрения будет представлена достоверная информация о реальных достижениях Процесса и возможность внесения некоторых поправок.

На период до 2005 г. — к предстоящей встрече министров — Комиссии было поручено отслеживать развитие Болонского процесса и подготовить детальные отчеты по его прогрессу и достижению промежуточных приоритетов, установленных на последующие два года:

- обеспечение качества
- двухступенчатая система
- признание степеней и периодов обучения

Кроме того, страны-участники будут готовы предоставить доступ к информации, необходимой для исследования в области высшего образования касательно целей Болонского процесса. Доступ к базам данных по проводящемуся исследованию и его результатам должен быть упрощен.

Новые члены

Министры считают необходимым адаптировать пункт Пражского коммюнике касательно заявлений о членстве следующим образом:

Страны-участницы Европейской культурной конвенции будут признаны членами общеевропейского пространства высшего образования в том случае, если они, вместе с тем, заявят о своей готовности следовать целям, поставленным в рамках Болонского процесса, и достигать их в своих системах высшего образования. Их заявления должны содержать информацию о способах достижения, принципах и целях декларации.

Министры соглашаются принять заявления о членстве следующих стран: Албании, Андорры, Боснии и Герцеговины, Ватикана, России, Сербии и Черногории, «бывшей югославской республики Македонии» — и поприветствовать эти государства в качестве новых членов, таким образом, распространяя действие процесса на 40 европейских стран.

Министры признают, что участие в Болонском процессе подразумевает существенные изменения и реформы во всех подписавшихся странах. Они решают оказать поддержку всем новым странам, заинтересованным в осуществлении этих реформ посредством организации взаимных обсуждений и помощи, как предусмотрено Болонским процессом.

Дополнительная структура

Министрыверяют Комиссии решение поставленных в коммюнике вопросов, а также общее наблюдение за развитием Болонского процесса и подготовку следующей встречи министров. Комис-

сия будет состоять из представителей всех членов Болонского процесса и Европейской Комиссии, а также Совета Европы, EUA, EURA S HE, E S 18 и UNE S CO/CEPE S в роли консультантов. Заседания этой группы должны проходить, по крайней мере, два раза в год под председательством в данный момент председательствующей страны ЕС, где роль вице-председателя будет играть страна-хозяйка следующей конференции министров.

Правление, также находящееся под руководством ныне президентствующей страны ЕС, пересмотрит работу в промежутках между встречами Комиссии. Правление будет состоять из председателя, вице-председателя от следующей страны-хозяйки, предыдущей и следующей председательствующей стран ЕС, трех стран-участниц, выбранных Комиссией на один год, Европейской Комиссии и, в качестве консультативных членов, Совет Европы, EUA, EURA S HE и E S IB. Комиссия и Правление в праве организовывать специальные встречи, если сочтут это необходимым.

Вся последующая работа будет поддерживаться Секретариатом страны-хозяйки следующей конференции министров.

На следующей после берлинской конференции Комиссия представит точную формулировку, поставленных перед Правлением и Секретариатом задач.

Рабочая программа 2003-2005

Министры просят Комиссию координировать действия для достижения успеха Болонского процесса по вопросам, указанным в темах и действиях, обозначенных в этом коммюнике, и представить результаты на следующей встрече министров в 2005 году.

Следующая конференция

Министры принимают решение провести следующую конференцию в мае 2005 г. в Бергене (Норвегия).

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

28.11.02 № 14-52-988 ин/13

Министерствам (ведомствам) Российской Федерации, имеющим вузы
Председателям советов УМО вузов Российской Федерации
Ректорам высших учебных заведений Российской Федерации

Министерство образования Российской Федерации направляет для использования в работе Методику расчёта трудоёмкости основных образовательных программ высшего профессионального образования в зачётных единицах (приложение).

Система зачетных единиц может использоваться параллельно с действующей в настоящее время системой учета трудоёмкости в академических часах.

Ректорам высших учебных заведений, использующих зачетные единицы для учета трудоёмкости учебной нагрузки студентов, необходимо руководствоваться указанной Методикой при разработке основных образовательных программ высшего профессионального образования.

Приложение: упомянутое на 1 с.

Министр В.М. Филиппов

Приложение

Методика расчёта трудоёмкости основных образовательных программ высшего профессионального образования в зачётных единицах

При расчётах трудоёмкости основных образовательных программ высшего профессионального образования в зачётных единицах необходимо исходить из следующего:

1. 1 зачётная единица соответствует 36 академическим часам общей трудоёмкости продолжительностью по 45 минут (или 27 астрономическим часам).

2. Максимальный объём учебной нагрузки студента в неделю составляет 54

академических часа, т. е. 1,5 зачётные единицы.

3. Расчёт трудоёмкости дисциплины в зачетных единицах производится исходя из деления её трудоёмкости в академических часах на 36 с округлением до 0,5 по установленным правилам. Зачёт по дисциплине и трудоёмкость курсовых проектов (работ) входят в общую трудоёмкость дисциплины в зачетных единицах.

4. Одна неделя практики выражается 1,5 зачётными единицами.

5. Один семестровый экзамен выражается 1 зачётной единицей (3 дня подготовки и 1 день на экзамен).

6. Для основных образовательных программ, реализуемых в соответствии с ГОСВПО, в которых в трудоёмкость дисциплины в часах включена трудоёмкость промежуточных аттестаций (например, по специальности 021100 Юриспруденция), расчёт трудоёмкости дисциплины в зачетных единицах производится исходя из деления её трудоёмкости в академических часах на 36 с округлением до 0,5 по установленным правилам без учета п. 5 настоящей Методики.

7. Трудоёмкость итоговой аттестации рассчитывается исходя из количества отведённых на неё недель: 1 неделя соответствует 1,5 зачётным единицам.

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

09.03.2004 № 15-53-357 ин/15

Ректорам высших учебных заведений Российской Федерации

Направляем для использования в экспериментальном порядке Примерное положение об организации учебного процесса в высшем учебном заведении с использованием системы зачетных единиц (далее — Примерное положение).

Эксперимент по использованию системы зачетных единиц в организации учебного процесса в вузах проводится Минобразованием России с целью совершенствования планирования и организации учебного процесса, увеличения роли самостоятельной работы студентов, оптимизации учебной нагрузки педагогических работников, обеспечения свободы вуза в формировании основных образовательных программ, а также расширения возможностей студентов в индивидуализации подготовки по выбранному направлению или специальности.

Примерное положение разработано рабочей группой, утвержденной приказом Минобразования России от 19.07.2002 №2822 «Об организации работ по созданию процедуры зачёта освоения студентами вузов содержания государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования» (с последующими дополнениями), на основе предложений Российского университета дружбы народов, подготовленных в 2003 году в рамках проекта научной отраслевой программы «Научно-методическое обеспечение функционирования и модернизации системы образования».

Предложения по совершенствованию Примерного положения следует направлять в Департамент содержания высшего профессионального образования Минобразования России.

И.о. министра В.М. Филиппов

Примерное положение об организации учебного процесса в высшем учебном заведении с использованием системы зачетных единиц

1. Общие положения.

1.1. Переход на организацию с использованием системы зачетных единиц в вузе по каждому направлению подготовки (специальности) осуществляется на основании решения ученого совета вуза (факультета).

1.2. Организация учебного процесса с использованием системы зачетных единиц характеризуется следующими особенностями:

- личное участие каждого студента в формировании своего индивидуального учебного плана на основе большой свободы выбора дисциплин;
- вовлечение в учебный процесс академических консультантов, содействующих студентам в формировании индивидуального учебного плана;
- полная обеспеченность учебного процесса всеми необходимыми методическими материалами в печатной и электронной формах;
- использование балльно-рейтинговых систем для оценки усвоения студентами учебных дисциплин.

1.3. Высшее учебное заведение обязано информировать всех абитуриентов и студентов о правилах организации учебного процесса.

1.4. Информация о правилах организации учебного процесса представляется в печатном виде на стендах объявлений, а также размещается на сайте вуза.

2. Учебно-методическое обеспечение образовательного процесса.

2.1. Организация учебного процесса на основе зачетных единиц ведется по программам и учебным планам, разработанным в соответствии с государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ГОС ВПО) или специальными решениями Минобразования России.

2.2. Для реализации системы зачетных единиц рекомендуется использовать три формы учебного плана по каждому направлению подготовки (специальности):

- рабочие учебные планы по направлению подготовки (специальности), служащие для определения трудоемкости учебной работы студентов на весь период обучения;
- индивидуальные учебные планы студентов, определяющие их образовательную программу, на семестр или учебный год;
- учебные планы, служащие для организации учебного процесса в течение учебно-

го года (в том числе, расчета трудоемкости учебной работы преподавателей).

2.3. Трудоемкость всех видов учебной работы в учебных планах устанавливается в зачетных единицах (1 зачетная единица = 36 академических часов, письмо Минобразования России от 28.11.2002 №14-52-988ин/13).

2.4. По степени обязательности и последовательности усвоения содержания образования рабочий учебный план по направлению подготовки (специальности) должен включать три группы дисциплин по всем циклам:

- а) группа дисциплин, изучаемых обязательно и строго последовательно во времени;
- б) группа дисциплин, изучаемых обязательно, но не последовательно;
- в) дисциплины, которые студент изучает по своему выбору.

Дисциплины группы «б» и «в» создают предпосылки для так называемой «нелинейной» организации учебного процесса, принципиально отличающейся от ныне действующей в вузах России.

2.4.1. Соотношения трудоемкости между группами дисциплин «а», «б» и «в» устанавливается вузом (факультетом) на основании действующих нормативных документов (ГОС ВПО или специального решения Минобразования России).

2.4.2. Группа дисциплин «а» является базовой для определения курса (года обучения) студента, его учебного потока и учебной группы.

2.5. При формировании рабочих учебных планов в системе зачетных единиц с целью оптимизации учебного процесса рекомендуется предусмотреть максимальную унификацию учебных планов смежных направлений подготовки (специальностей).

2.6. Индивидуальный учебный план студента формируется по установленной вузом форме на каждый семестр или учебный год лично студентом с использованием при необходимости помощи консультанта. При формировании индивидуальных планов вуз должен предлагать студентам как выбор дисциплин, так и выбор квалифицированных преподавателей, ведущих эти дисциплины, с указанием должностей, ученых степеней и званий. План утверждается в установленном в вузе порядке, утвержденные копии хранятся у студента и в деканате (возможно, в электронном виде). Число зачетных единиц в индивидуальном учебном плане не должно быть меньше 60 в год.

2.7. Учебный план, служащий для расчета учебной нагрузки преподавателей, составляется на основе рабочего учебного плана по направлению подготовки (специальности). Количество студентов и академических групп по каждой дисциплине соответствующей образовательной программы определяется на основе как индивидуальных планов студентов данного направления подготовки (специальности), так и студентов других направлений подготовки (специальностей), изучающих данную дисциплину в соответствии с индивидуальными планами.

2.8. В учебных планах целесообразно предусмотреть время, отводимое на консультации студентов по дисциплинам, наряду с аудиторной и самостоятельной работой.

2.9. Для каждой дисциплины в учебном плане полная (в кредитах) и аудиторная (в академических часах в неделю) трудоемкости указывается цифрами в скобках. Например: (3; 3,2,2) 1-я цифра указывает полную трудоемкость освоения дисциплины в кредитах, 2-я цифра указывает число часов в неделю лекционных занятий, 3-я цифра указывает число часов в неделю практических и лабораторных занятий, 4-я цифра указывает число часов в неделю консультаций преподавателя.

3. Порядок Формирования индивидуального учебного плана студента.

3.1. Высшее учебное заведение организует учебный процесс в системе зачетных единиц таким образом, чтобы обеспечить каждому студенту максимально благоприятные условия для освоения учебного плана направления подготовки (специальности) и получения обучающимся по завершению обучения квалификации (степени) в полном соответствии с требованиями действующего законодательства, ГОС ВПО и других нормативных документов.

Особое внимание должно быть уделено обеспечению студентов всеми необходимыми информационными источниками: учебниками, методическими пособиями, учебно-электронными материалами, доступом к локальным и глобальным сетевым образовательным ресурсам.

3.3. Порядок оформления индивидуального плана студентами в зависимости от курса обучения устанавливается вузом. Студент составляет свой индивидуальный учебный план на следующий учебный год в установленные вузом сроки (при необходимости после консультации), подписыва-

ет его, ставит дату и сдает в соответствующее подразделение вуза.

3.4. Изменения в индивидуальный учебный план могут быть внесены студентом в срок до установленной даты в сентябре текущего учебного года. В этом случае студентом подается письменное заявление с указанием изменений по установленной вузом форме в соответствующее подразделение вуза.

3.5. По каждой дисциплине группы «б» и «в» вузом устанавливается, исходя из экономических и организационных возможностей, минимальное число студентов, необходимое для открытия дисциплины, а для каждого преподавателя — максимальное число студентов в учебном потоке (группе).

3.6. В случае, если на данную дисциплину в установленный срок записалось число студентов, меньшее минимально установленного, то дисциплина не открывается (не вносится в учебный план направления подготовки или специальности). Вуз объявляет об этом на информационном стенде и на сайте.

Записавшиеся на эту дисциплину студенты должны в установленный срок в сентябре подать заявления об изменениях в индивидуальных планах.

3.7. В случае, если к преподавателю записалось число студентов, больше максимально установленного, то вуз формирует по этой дисциплине второй (при необходимости — третий и т.д.) учебный поток (учебную группу) и по своему усмотрению назначает в него преподавателя. Студенты распределяются по потокам (учебным группам) согласно порядку очередности записи. При этом в поток могут попасть студенты разных курсов.

3.8. С учетом того, что в рабочих учебных планах направлений подготовки (специальностей) существует группа дисциплин, изучаемых в порядке, определяемом студентом (группа «б» и «в»), потоки студентов (учебные группы) при их изучении могут формироваться из студентов разных курсов обучения.

3.9. По результатам анализа индивидуальных планов вузом составляются учебные планы и расписание занятий на следующий учебный год.

3.10. Если студент, в установленный срок не сдал свой индивидуальный учебный план, то за основу его обучения вуз принимает типовой учебный план по направлению подготовки (специальности), который составляется вузом на основе рабочего.

4. Системы контроля, оценка освоения дисциплин.

4.1. Текущий и промежуточный контроль освоения студентом каждой дисциплины

по рекомендации осуществляется в рамках балльно-рейтинговых систем.

4.2. По результатам промежуточной аттестации студенту засчитывается трудоемкость дисциплины в зачетных единицах; выставляется дифференцированная оценка в принятой в вузе системе баллов, характеризующая качество освоения студентом знаний, умений и навыков по данной дисциплине.

4.3. По результатам промежуточной аттестации вузом могут составляться академические рейтинги студентов. Высокий рейтинг позволяет студенту получить академические льготы и преимущества (повышенную стипендию, бесплатное обучение и пр.) в соответствии с положением, действующим в вузе.

Студенты имеют право получить аргументированные сведения о своем академическом рейтинге в установленном порядке.

4.4. В течение семестра студент должен, как правило, освоить дисциплины в объеме около 30 зачетных единиц, включая 100% зачетных единиц по дисциплинам группы «а», предусмотренных рабочим учебным планом.

4.5. Порядок перевода студента на следующий курс, ликвидации академических задолженностей и отчисления в зависимости от общего количества зачетных единиц, полученных в семестре, а также количества зачетных единиц по дисциплинам группы «а» определяется документами вуза.

5. Права и обязанности студента при организации учебного процесса на основе системы зачетных единиц.

5.1. Студенты обязаны ознакомиться с правилами организации учебного процесса на основе зачетных единиц.

5.2. При составлении своего индивидуального учебного плана студент обязан строго следовать правилам, изложенным в настоящем Примерном положении, а также:

- учесть в своем учебном плане 100% дисциплин группы «а»;
- записаться на изучение дисциплин общим объемом не менее 60 зачетных единиц в учебном году.

5.3. В процессе обучения студент обязан осваивать учебные дисциплины в строгом соответствии с индивидуальным учебным планом.

5.4. Студент имеет право освоить в учебном году зачетных единиц больше, чем 60. В этом случае, при условии успешного выполнения рабочего учебного плана и прохождения промежуточной аттестации, срок обучения может быть сокращен.

6. Служба академических консультантов

6.1. Для содействия студентам в выборе и реализации их индивидуальных учебных планов вузу рекомендуется организовать службу академических консультантов*.

6.2. Службу консультантов рекомендуется создавать при деканатах факультетов.

Число консультантов устанавливается вузом исходя из своих экономических и организационных возможностей в зависимости от числа студентов (например, один консультант на 300 студентов).

6.3. Один консультант должен осуществлять свою работу, как правило, в рамках не более, чем одного-двух направлений подготовки (специальностей) и курировать студентов от первого до выпускного курса.

6.4. Консультантами могут назначаться работники вуза с высшим образованием (преподаватели, методисты, аспиранты), прошедшие надлежащую подготовку в области структуры и содержания образовательной определенной группы направлений подготовки (специальностей).

6.5. Консультант должен:

- представлять академические интересы студента;

- готовить все необходимые информационные материалы по организации учебного процесса, предоставлять их студентам на стендах и на сайте вуза;

- осуществлять групповые и индивидуальные консультации студентов с целью наиболее рационального составления индивидуальных учебных планов с учетом рабочих учебных планов по направлениям подготовки (специальностям);

- проводить академические консультации на регулярной основе в течение семестра;

- организовать прием индивидуальных планов студентов в установленный период и участвовать в составлении рабочих учебных планов направлений подготовки (специальностей) на учебный год.

6.6. Консультант имеет право:

- содействовать студентам в период внесения изменений в индивидуальные учебные планы;

- принимать участие в работе комиссий, рассматривающих вопросы успеваемости и академического статуса студентов; контролировать своевременную подготовку и наличие всех методических материалов, необходимых для обучения по данному направлению подготовки (специальности);

- проверять выполнение правил проведения текущего и промежуточного контроля по всем дисциплинам, а также участвовать в работе комиссий по проведению контрольных мероприятий освоения учебного материала, проводимых руководством вуза.

* В зарубежных вузах такие консультанты, как правило, именуются тьюторами.

Раздел I. Хирургия пищевода

В.И. ОНОПРИЕВ, В.С. ДЖАЛАДЯН, В.В. РЯБЧУН, Р.Г. РЫЖИХ
РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ, КРАСНОДАР

О названиях арефлюксных операций на кардии

«Золотым стандартом» в арефлюксной хирургии кардии считается модифицированная фундопликация по Ниссену [1,2]. Фундопликация означает укутывание (удвоение) дном желудка. Последняя предполагает окутывание мобилизованного, удлинённого и низведённого абдоминального отдела пищевода смещением и перемещением вокруг продольной оси и несколько выше, частично мобилизованного дна желудка: сзади, спереди и с обеих сторон от пищевода, и фиксация в таком положении [3].

При этом получается муфта из протянутого вокруг пищевода дна желудка, которая при расправлении воздухом сдавливает абдоминальный отдел пищевода, приводит к сомкнутому состоянию гладкомышечных клеток кардии (теперь уже искусственной кардии) с восстановлением ее тонуса и арефлюксности.

Любое укутывание пищевода дном желудка называется фундопликацией Ниссена или (при усовершенствовании ее) — модифицированной фундопликацией Ниссена.

Создание арефлюксной кардии является сложной функциональной операцией, восстанавливающей ее тонкую функцию: арефлюксность при нормальном акте глотания и даже небольшие

конструктивные изменения и отличия одного варианта от другого могут привести к различным функциональным результатам.

В связи с этим важно детализировать отдельные варианты выполнения арефлюксных операций на кардии и дать им разные названия.

При применении мобилизации пищевода, кардии, дна и части тела желудка по типу селективной проксимальной ваготомии (СПВ), с мобилизацией также и задней стенки кардиального отдела желудка формирование арефлюксной кардии принципиально отличается от фундопликации Ниссена тем, что укутывание пищевода производится не смещением дна желудка вокруг пищевода, а скелетированные пищевод и кардия инвагинируются симметрично между передней и задней стенками дна и тела желудка. Впервые о применении СПВ, как облегчающей выполнение восстановления арефлюксной функции кардии (как завершающий этап ее) сообщил P. Jordan [4] в статье: СПВ облегчает выполнение фундопликации Ниссена (без диареи и демпинг-синдрома).

Фактически новую конструкцию формирования клапана он назвал старым названием (фундопликация Ниссена). Нам представляется, что восстановление ареф-

люксной кардии при завершении СПВ и/или при выполнении коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы мобилизацией по типу СПВ можно назвать клапанной эзофаго-кардио-гастропликацией (методом боковой инвагинации).

Применение современных методов эзофагоманометрии позволяет получить объективную эзофагоманометрическую характеристику отдельных арефлюксных операций на кардии, с отражением отдельно ее сфинктерного и клапанного компонента, что также делает важным и необходимым применение различных определений и названий для каждого вида операции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. М. - 1999.
2. Черноусов А.Ф., Шестаков А.А. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита и пептической стриктуры пищевода. Хирургия. - 1998. - № 5. - С. 5-8.
3. Jamieson G.G. et al. What is a Nissen Fundoplication? Sur., Gynec., Obst., - 1984V 159. - p 591-593.
4. Jordan P. Parietal Cell Vagotomy Facilitates Fundoplication in the treatment of reflux esophagitis. Surg.Gynec.Obstet. - 1978. - V 147. - N 4. - p 593-595.

Диафрагмокрурорафия и хиатопластика при аксиальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, сопровождающихся гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

По определению В.Х. Василенко и соавт. [1], грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) представляют собой смещение через пищеводное отверстие диафрагмы в заднее средостение какого либо органа брюшной полости, покрытого брюшиной: абдоминального отдела пищевода, желудка, петель кишечника, селезенки, сальника. На основании этого различают пищеводно-желудочные, тонко- и толстокишечные, сальниковые грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Из всех грыж пищеводного отверстия диафрагмы гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) возникает при аксиальных грыжах, при которых через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы в заднее средостение пролабирует абдоминальный отдел пищевода и часть желудка [1,2]. Вместе с тем, Hargington [3] у 2%-3% больных, не имевших признаков ГЭРБ, во время различных абдоминальных операций выявил расширение пищеводного отверстия диафрагмы, которое пропускало 2-3 пальца. Это было расценено им как предрасположенность к образованию ГПОД при появлении условий, способствующих повышению внутрибрюшного давления (метеоризм, хронический запор, поднятие тяжестей, ожирение). По мнению Ю.Е. Березова и М.С. Григорьева [2], широкое пищеводное отверстие диафрагмы, хотя и является важным фактором в образовании грыж, но не ведет к возникновению заболевания, если сохраняется тонус анатомических структур в области ПОД. Тонус мышц ПОД определяет стабильность его размеров. В механизме увеличения размеров между ножками диафрагмы и образования ГПОД имеют значение слабость диафрагмально-пищеводной связи, фиксирующей

пищевод к краям ПОД, атрофия ножек диафрагмы, повышение внутрибрюшного давления, возникающее при ожирении, запорах, стягивании живота одеждой и пр. [2], атрофия левой доли печени и исчезновение жировой ткани под диафрагмой, удерживающих в брюшной полости органы, фиксированные к ней [1]. Нарушение замыкательной функции кардии и развитие ГЭРБ происходит при аксиальных (осевых) грыжах ПОД. Иногда их называют «скользящими» ГПОД из-за того, что перемещающаяся в средостение кардия в связи с ее мезоперитонеальным положением участвует в образовании грыжевого мешка [4]. Согласно мнению других авторов, термин «скользящая аксиальная грыжа ПОД» обозначает, что вышедшая через ножки диафрагмы в грудную полость часть желудка может обратно сместиться в брюшную полость. В процессе формирования аксиальная грыжа ПОД последовательно проходит несколько этапов. Вначале происходит смещение в заднее средостение лишь абдоминального отдела пищевода (пищеводная грыжа ПОД по классификации Б.В. Петровского соавт. [4]), тогда как кардия остается расположенной на уровне диафрагмы. Затем происходит пролабирание через ПОД в грудную полость различных отделов желудка (кардиального, кардио-фундального), а впоследствии всего желудка или с оставлением в брюшной полости лишь антрального отдела. По определению Б.В. Петровского и соавт. [4], пищеводная ГПОД является переходным состоянием между нормой и патологией. Клинически и дополнительными методами исследования она проявляется признаками желудочно-пищеводного рефлюкса. Увеличение расстояния между ножками диафрагмы происходит при последую-

щих стадиях заболевания, когда происходит смещение в заднее средостение различных отделов желудка, что является уже типичной скользящей грыжей ПОД [2]. Наибольшее разрушение ножек диафрагмы происходит при гигантских аксиальных ГПОД (субтотальная или тотальная грыжа).

Скользящая ГПОД нередко сочетается с приобретенным укорочением пищевода, наступающим вследствие развития рефлюкс-эзофита. Вместе с тем, спастическая контрактура пищевода, возникающая при дискинезии его различной этиологии, может привести к образованию грыжи ПОД.

Таким образом, согласно данным литературы, наличие расширенного пищеводного отверстия диафрагмы без перемещения через него в заднее средостение абдоминального отдела пищевода или желудка нельзя считать признаком ГПОД. Вместе с тем, при начальных стадиях ГПОД, несмотря на признаки гастроэзофагеального рефлюкса, увеличения расстояния между ножками диафрагмы еще не происходит.

По данным Woodward et al. [5], роль ножек диафрагмы в предотвращении желудочно-пищеводного рефлюкса незначительна.

Как считают В.А. Кубышкин, Б.С. Корняк [6], в норме диафрагма оказывает влияние на замыкательную функцию кардии лишь во время вдоха. На высоте вдоха происходит значительное повышение внутрибрюшного, а, следовательно, и внутрижелудочного давления по сравнению с внутригрудным и внутрипищеводным. Относительно слабый кардиальный сфинктер не может противостоять столь значительной разнице давления между желудком и пищеводом [1]. Основная барьерная функция на вдохе принад-

лежит диафрагме. На вдохе происходит сокращение мышечных ножек диафрагмы, которые сжимают диафрагмальный участок пищевода и тянут его вниз [6]. В связи с этим при вдохе диафрагма препятствует присасыванию желудочного содержимого в просвет грудного отдела пищевода. Кроме того, при дыхании во время вдоха и выдоха между просветом пищевода и желудка поддерживается необходимый «барьер давления», уравнивающий давление в просвете этих органов [1]. Так, на выдохе давление в поддиафрагмальной части кардиального сфинктера снижается, а в просвете наддиафрагмальной части кардии оно повышается. На выдохе внутрипищеводное и внутрижелудочное давление изменяются в обратных направлениях. Следовательно, совместное действие кардиального сфинктера и «диафрагмального зажима» у здоровых людей препятствует развитию желудочно-пищеводного рефлюкса [7]. При аксиальных грыжах ПОД, при которых кардия находится в грудной полости, она уже не способна эффективно противостоять отрицательному внутригрудному давлению, создающемуся на вдохе, что предрасполагает к желудочно-пищеводному рефлюксу. Кроме того, пищеводное отверстие диафрагмы расширено и в нем находится не кардиальный сфинктер, а шейка грыжевого мешка. В связи с этим при выполнении антирефлюксных операций у больных аксиальными ГПОД большинство хирургов обязательными элементами считают перемещение желудочно-пищеводного перехода в брюшную полость, диафрагмокрурорафию [6] или хиатопластику сетчатыми протезами [8]. S.Harrington [3] установил, что при расширении ПОД образуются грыжевые ворота с расположением дефекта в диафрагме поперечно (справа или слева от пищевода, или центральным расположением его), или вертикально позади пищевода. В зависимости от этого им выполнялось довольно радикальное ушивание грыжевых ворот чаще слева от пищевода, иногда с обеих сторон от него или позади пищевода. При слабости тканей диафрагмы, что чаще наблюдалось при дефектах позади пищевода, он применял полосу из широкой фасции бедра, вплетаемую в ткани диафрагмы наподобие швов. Грыжевой мешок S. Harrington иссекал, оставляя небольшую полосу на желудке. После реконструкции грыжевых ворот подшивал желудок к куполу диафрагмы за оставшуюся полосу тканей грыжевого мешка. Грыжевые мешки больших размеров он оставлял, делая на них многочисленные насечки. Из 450 больных, оперированных этим методом,

автор отметил рецидив заболевания у 13 человек, летальность составила 1,3%.

Tanner et Hardy [9] наиболее благоприятные результаты получили при передней крурорафии по сравнению с ушиванием ножек диафрагмы сзади или одновременно спереди и сзади пищевода.

Вместе с тем подход к хирургии ГПОД как к грыже не оправдался [4]. Это обусловлено тем, что замыкательную функцию кардии обеспечивают множество факторов, ведущим из которых является тонус и протяженность нижней пищеводной зоны высокого давления (НПЗВД) или, как его иногда называют, нижнего пищеводного сфинктера [10]. В.А.Кубышкин и Б.С.Корняк [6] считают, что причиной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни чаще бывает не структурная патология сфинктера, а дефект нейромышечного контроля, что приводит к частым и длительным периодам преходящего расслабления его. Вместе с тем, Biancani et al. [11] полагают, что тонус нижнего пищеводного сфинктера, а, следовательно, и внутрипросветное давление в нем зависит от способности мышц кардии к длительному напряжению. Подтверждение этому — выполнение эзофагофундопликации приводит к нормализации давления в НПЗВД. Выявлена корреляция между частотой желудочно-пищеводного рефлюкса и уровнем прикрепления диафрагмально-пищеводной мембраны на пищеводе [12] и длиной абдоминальной части пищевода, который выполняет клапанную функцию при повышении внутрибрюшного давления [13].

Вместе с тем, по данным Mann et al. [14] и Mazur et al. [15], у людей не выявлено нервного механизма, ответственного за базальный тонус пищеводного сфинктера. В подтверждении этого они ссылаются на то, что стволовая ваготомия не влияет на остаточное давление в НЗВПД.

Современные подходы хирургического лечения ГЭРБ у больных ГПОД в первую очередь предусматривают коррекцию давления в НПЗВД и ее протяженности, восстановление абдоминальной позиции дистального отдела пищевода (не менее 2 см), сохранение проходимости кардии и на последней позиции — устранение диафрагмальной грыжи [6]. У пациентов с вторично коротким пищеводом производят операцию типа Collis-Nissen (удлинение абдоминального отдела пищевода путем прошивания желудка, начиная от угла Гиса и параллельно малой кривизне) с полной фундопликацией. Вместе с тем имеются сообщения, что при восстановлении замыкательной функции кардии у

больных исчезают признаки ГЭРБ, даже если фундопликационная манжетка расположена внутри грудной полости, т.е. при сохранении ГПОД [4, 16].

Цель работы, материал и методы

Цель нашей работы — выяснить влияние диафрагмокрурорафии и расположения фундопликационной манжетки на отдаленные результаты эзофагофундопликации при ГЭРБ, в том числе и у пациентов с ГПОД.

Работа основана на анализе историй болезни 397 пациентов, оперированных по поводу ГЭРБ, у которых интраоперационно определялось расстояние между ножками диафрагмы, из них у 216 больных при лапаротомном доступе и у 181 чел. во время видеолапароскопических антирефлюксных вмешательств. Перед этим предварительно в пищевод через рот больному вводили желудочный зонд диаметром 2 см.

Расстояние между ножками диафрагмы не более 3,5-4 см. считали нормой [6].

Результаты и обсуждение

Исследования показали, что более чем у половины больных ГЭРБ (253 чел., 63,7±2,4 %) расстояние между ножками диафрагмы было не изменено (табл. 1). Если имелось расширение пищеводного отверстия диафрагмы, то оно чаще не превышало 4-7 см. (34,5±2,1 %) и лишь у отдельных больных расстояние между диафрагмальными ножками было более 7 см. (1,8 %). Расширение пищеводного отверстия диафрагмы преимущественно наблюдалось у больных с аксиальной ГПОД или при сочетании ее с хроническими заболеваниями органов брюшной полости. Отмечена прямая зависимость между размерами ПОД и объемом грыжевого содержимого!

Развитие и тяжесть рефлюкс-эзофагита от расстояния между ножками диафрагмы не зависели (табл. 2).

Из 397 больных с ГЭРБ у 253 чел (88,9%) антирефлюксные операции были выполнены без диафрагмокрурорафии, у 44 чел. (11,1%) в сочетании с ней, у 3 чел проведена хиатопластика тетрафторэтиленовой сеткой.

При выполнении разработанной нами видеолапароскопической дозированной эзофагофундопликации (В.И.Оскретков и соавт., 2004) крурорафию выполняли редко, так как, по нашим данным, от расстояния между ножками диафрагмы не зависит интенсивность желудочно-пищеводного рефлюкса и тяжесть рефлюкс-эзофагита. К тому же после формирования фундопликационной манжетки она полностью закрывала пищеводное от-

верстие диафрагмы диаметром до 4-5 см. Кроме того, сшивание ножек диафрагмы при укорочении пищевода приводит к его натяжению и появлению феномена «телескопа» — ущемлению фундопликационной манжетки в ушитом пищеводном отверстии диафрагмы. Мы считаем, что в этом случае функция реконструируемой кардии будет лучше, когда манжетка располагается в заднем средостении без натяжения. Нередко при ГПОД абдоминальный отдел пищевода и дно желудка после мобилизации легко низводятся в брюшную полость, что позволяет выполнить крурорафию. Однако мы заметили, что в большинстве наблюдений низведенные органы вновь устремляются занять свое прежнее положение в заднем средостении. По нашему мнению, это возникает при начинающемся вторичном укорочении пищевода вследствие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Когда же мобилизованный комплекс органов при его низведении в брюшную полость не перемещается вновь в средостение, то при расширенном пищеводном отверстии диафрагмы более 5-6 см выполняли заднюю крурорафию, обычно накладывая на ножки диафрагмы два шва, используя атравматическую нерассасывающуюся нить 3/0. При выполнении крурорафии часто наблюдали натяжение атрофированной мышечной ткани ножек диафрагмы, что в послеоперационном периоде не исключает их прорезывание. Исходя из этого, у 3 больных дополнительно выполнили хиатопластику тетрафторэтиленовой сеткой. Сетку, размерами 10-12 см на 5-6 см, предварительно выкраивали с отверстием для пищевода, вводили в брюшную полость, раскатывали, размещали в области пищеводного отверстия диафрагмы и фиксировали герниостеплером к диафрагме по периметру. Послеоперационных осложнений не наблюдали. Контрольные исследования в послеоперационном периоде показали хорошую функцию и позицию нижней пищеводной зоны высокого давления.

Выводы:

Диафрагмокрурорафия после эзофагофундопликации у больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не является обязательной, поскольку не способствует улучшению результатов лечения. Не имеет значения, где располагается фундопликационная манжетка — в брюшной или грудной полости. Основное значение имеет адекватная степень сдавления абдоминального отдела пищевода фундопликационной манжеткой и ее протяженность.

Таблица 1
Расстояние между ножками диафрагмы у больных ГЭРБ, сочетанной с различными заболеваниями органов брюшной полости

Группы больных	N	Расстояние между ножками диафрагмы					
		3,5 – 4 см.		4,0 – 7,0 см.		Более 7 см.	
		n	%	n	%	n	%
1. ГПОД	96	19	19,8 ± 4,1	71	73,9 ± 4,5	6	6,3 ± 2,4
2. ХГДЯ	157	145	92,4 ± 2,1	12	7,6 ± 2,1	–	–
3. ЖКБ	71	65	91,5 ± 3,3	6	8,5 ± 3,3	–	–
4. Соч. заб. органов брюшной полости	73	24	32,9 ± 5,4	48	65,7 ± 5,5	1	1,4 ± 1,3
Всего	397	253	63,7 ± 2,4	137	34,5 ± 2,3	7	1,8 ± 0,6

ПРИМЕЧАНИЕ: достоверность различий между группами больных:
p 1-2<0,001; p 2-3>0,05; p 3-4<0,001; p 1-3<0,001; p 2-4<0,001; p 1-4<0,05.
ХГДЯ – хроническая гастродуоденальная язва, ЖКБ – желчно-каменная болезнь.

Таблица 2
Соотношение расстояния между ножками диафрагмы и эндоскопическими изменениями в пищеводе

Эндоскопические изменения	n	Расстояние м/у ножками диафрагмы				P
		не расширено		расширено		
		n	%	n	%	
Катаральный	115	64	55,7±4,6	51	44,3±4,6	>0,05
Эрозивный	33	14	42,4±8,6	19	57,6±8,6	>0,05
Язвенный	12	7	58,3±14,2	5	41,7±14,2	>0,05
Стенозирующ. РЭ + Пищевод Баретта	8	4	50,0±17,6	4	50,0±17,6	>0,05
Хронический	46	31	67,4±6,9	15	32,6±6,9	<0,001
Без изменений	183	133	72,7±3,3	50	27,3±3,3	<0,001
Всего	397	253	63,7±2,4	144	36,3±2,4	—

Сшивание ножек диафрагмы после эзофагофундопликации у больных с коротким пищеводом может привести к телескопическому эффекту. При гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы оправдана хиатопластика сетчатыми имплантатами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Сальман М.М. Болезни пищевода // Издательство «Медицина». – М., 1971. – 407 с.
2. Березов Ю.Е., Григорьев М.С. Хирургия пищевода // Издательство «Медицина». М. – 1965. – 364 с.

3. Harrington J.L. Hiatal hernia with esophagitis: treatment by hernia repair, vagotomy and pyloroplasty or antrectomy // *Amer. surg.*, -1960. — v. 151, — p. 812-826.

4. Петровский Б.В. и др. Хирургия диафрагмы / Б.В. Петровский, Н.Н. Каншин, Н.О. Николаев.-Л., 1966.-С. 172-243.

5. Woodward E.R., Tomas H.F., McIlhenny J., C. Comparison of crural repair and Nissen fundoplication in the treatment of esophageal hiatus hernia with peptic esophagitis // — *Annals of Surgery*, — 1971, 173, 783-790.

6. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.-М., 1999.-189 с.

7. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.-М., 1978.-223 с.

8. Федоров А.В. и др. Способ оперативного лапароскопического лечения гастроэзофагеального рефлюкса с использованием сетчатого имплантата / А.В.Федоров, С.И.Емельянов, А.В.Протасов, Д.Ю.Богданов, Г.А.Кривцов // *Эндоскоп. хирургия*.-2001.-№2-С.22.

9. Tanner N., Hardy K. Hiatus hernia. A follow-up of 53 operations // *Brit.J.Surg.*, 1970, v.57, 2, p.131-139.

10. Гастроэнтерология Под ред. Дж. Х. Барона, Ф.Г. Муди М 1988; 1: 11-55

11. Biancani P., Zabinski M.P., Behar J. Pressure, tension, and force of closure of the human lower esophageal sphincter and esophagus // *Journal of Clinical Investigation*, — 1975, 56, 476-483.

12. Bombeck C.T., Dillard D.H., Nyhus L.M. Muscular anatomy of the gastroesophageal junction and role of phrenoesoph-

ageal ligament. Autopsy study of sphincter mechanism. *Annals of Surgery*.1976, 164, 643-654.

13. O' Sullivan G.C., Demester T.R., Smith R.B., Blough R., Johnson L.E., Scinner D.B. // The importance of the gastric wrap component in surgical restoration of the cardia. *Surgical Forum.*, — 1980, 3-1, 136— 137.

14. Mann C.V., Hardcastle J.D. The effect of vagotomy on the human gastroesophageal sphincter // *Gut.*, — 1968, 9, 688-695/

15. Mazur J.M., Scinner D.B., Jones E.L., Zuidema G.D. Effect of transabdominal vagotomy on the human gastroesophageal high pressure zone // *Surgery*, — 1973, 818-822.

16. Nissen R. Gastropexy and "fundoplication" in surgical management of hiatal hernia // *Am. J. Dig. Dis.* 1961; 6: 954.

**В.И. ОНОПРИЕВ, В.М. ДУРЛЕШТЕР, А.Я. ГУЧЕТЛЬ,
И.С. КЛИТИНСКАЯ, Т.М. СЕМЕНИХИНА, В.В. РЯБЧУН**
РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ, КРАСНОДАР

Результаты хирургического лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

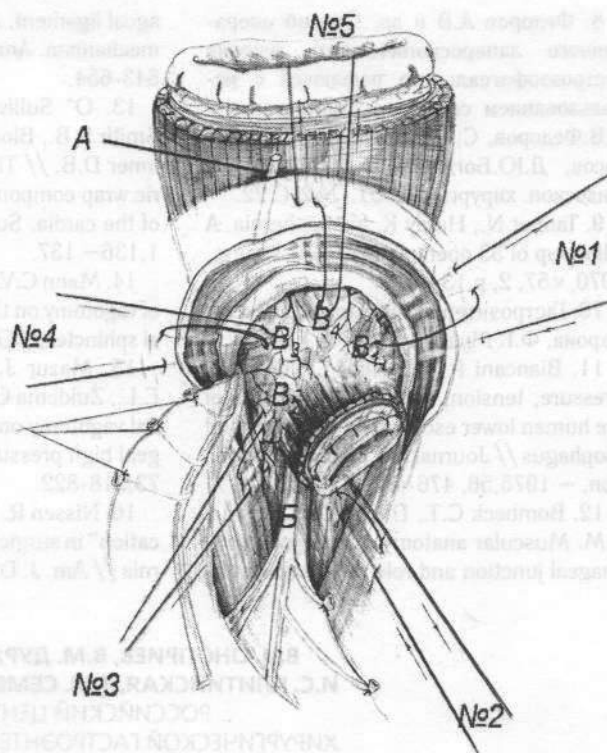
Среди заболеваний пищевода гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) встречается наиболее часто. Эпизодически симптомы выявляются почти у половины взрослого населения, а эндоскопические признаки эзофагита обнаруживаются у 2-10% обследованных людей. В России среди жителей Новосибирска изжогу испытывают 61,7% мужчин и 63,6% женщин (причем 10,3% и 15,1% — часто или постоянно), в Санкт-Петербурге и Красноярске — 46%, в Республике Тыва — 37% населения [2]. Заболевание является полиэтиологичным и обусловлено повреждением дистального отдела пищевода со смежными органами. Основными факторами, играющими роль в развитии ГЭРБ, являются: нарушение двигательной функции нижнего пищеводного сфинктера (НПС), снижение пищеводного клиренса и повреждение слизистой оболочки пищевода агрессивным рефлюктантом. Снижение функции антирефлюксного барьера НПС происходит в результате: а) снижения давления (тонуса) НПС и увеличения числа эпизодов спонтанного расслабления НПС б) деструктуризации антиреф-

люксной функции НПС; в) увеличения внутриполостного давления в брюшной полости и в желудке. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является существенным фактором патогенеза ГЭРБ. Если у пациента имеется диафрагмальная грыжа, вероятность ГЭРБ резко возрастает [4]. Существенный прогресс достигнут в диагностике и лечении рефлюксной болезни, широкое использование в клинической практике новых лекарственных препаратов (блокаторы H2-рецепторов, ингибиторы протонной помпы, прокинетики) значительно расширило возможности лечения тяжелых форм этой патологии. Наряду с этим существуют объективные обстоятельства, ограничивающие применение консервативных методов лечения ГЭРБ — высокая стоимость и необходимость постоянного приема лекарственных препаратов с одной стороны и низкий уровень доходов населения — с другой. Основными факторами, говорящими в пользу хирургического лечения данной патологии, являются анатомическая перестройка кардии, ее недостаточность, возникающая при ГПОД, которая не корригиру-

ется медикаментозно, а также фоновые процессы, возникающие в результате воздействия рефлюктата, в итоге приводящие к пищеводу Барретта, стриктуре и раку пищевода. Учитывая вышеперечисленные обстоятельства, возникает необходимость более раннего, до развития осложнений, применения хирургического лечения данной патологии. Методы оперативного лечения направлены на устранение патологического рефлюкса и восстановление нормальной функции кардии [7—9, 10]. Во всем мире наибольшее распространение получила фундопликация по Ниссену и ее модификации, однако развитие «постфундопликационного» синдрома, включающего дисфагию, рецидив или усиление рефлюкса, сочетание дисфагии и рефлюкса, постпрандиальный синдром переполнения («газового вздутия») желудка или симптомы вагальной денервации желудка побуждает совершенствовать методику и искать новые пути решения проблемы [5, 6]. Неудачи открытой фундопликации Ниссена обусловлены конструктивными недостатками самой операции, т.е. полным разрушением связочного аппарата

Рис. 1. Этап создания «искусственной кардии».

№ 1, 2, 3, 4, 5 – вшивные 8-образные швы – искусственные пищеводно-диафрагмальные связки; А – ствол переднего вагуса и его ветви; Б – ствол заднего вагуса и его ветви. В1, В2, В3, В4 – остатки пищеводно-диафрагмальных связок, паразофагеальная клетчатка и сосудисто-нервные пучки, входящие в стенку пищевода



пищеводно-желудочного перехода, захватом в манжетку зоны деления блуждающих нервов (БН), реальной опасностью повреждения нерва Латерже с развитием стазовой гиперсекреции и, наконец, отсутствием хирургического механизма подавления кислотопродукции.

Технологические преимущества лапароскопической хирургии недавно возродили фундопликацию Ниссена как недорогую и мини-инвазивную альтернативу дорогому, дорогому и небезвредному медикаментозному лечению рефлюксной болезни пищевода. Малоинвазивные варианты данной методики содержат те же недостатки, и даже в опытных руках лапароскопический подход не снижает процент осложнений, побочные эффекты и рецидивы, описанные после «открытой» фундопликации Ниссена.

В нашем центре разработана и успешно применяется технология оперативного лечения ГЭРБ путем создания арефлюксной кардии по методике В.И.Оноприева.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения больных с ГЭРБ в сочетании с ГПОД.

Материал и методы

В нашей работе мы обобщили результаты лечения 34 человек с ГЭРБ в сочетании с ГПОД, прооперированных в клинике в 2002-2003 гг. по методике В.И.Оноприева, из них 10 мужчин и 24 женщины в возрасте от 22 до 72 лет.

В качестве предоперационной подготовки мы проводили ступенчатую фарма-

котерапию ГЭРБ (step-down), рекомендованную Генвальским консенсусом [4].

В основе операции по методике В.И.Оноприева лежит мобилизация дна желудка, кардии и пищевода по типу суперселективной проксимальной ваготомии с сохранением стволов вагусов и главной двигательной ветви Латерже и восстановление всех топографо-анатомических элементов физиологической кардии: абдоминального отдела пищевода, эзофаго-кардио-фундо-(интер) круральных связок, угла Гиса, клапана Губарева с последующей инвагинацией пищевода в дно желудка и формированием искусственной арефлюксной кардии.

На первом этапе прецизионного формирования арефлюксной кардии выполняется суперселективная проксимальная ваготомия, которая начинается скелетированием пищеводного отверстия диафрагмы и её левой ножки путём пересечения пищеводно-диафрагмальных, диафрагмо-кардиальных и диафрагмо-фундальных связок.

На схеме (рис.1.) представлен способ фиксации сформированного пищеводно-кардиально-желудочного клапана искусственными швами-связками. К краям пищеводного отверстия диафрагмы фиксируются стенки пищевода за остатки связочного аппарата, паразофагеальную клетчатку и сосудисто-нервные пучки, входящие в стенку пищевода. Накладываются 5 вшивных лавсановых 8-образных швов-связок. Первый фиксирует заднюю стенку пищевода к

основанию левой ножки диафрагмы. Второй – левую стенку пищевода к левой ножке диафрагмы, третьим или четвертым фиксируем к краю пищеводного отверстия диафрагмы переднюю стенку пищевода левее основания переднего вагуса и пятым швом-связкой – переднюю стенку пищевода к верхнему краю пищеводного отверстия диафрагмы. В первый шов-связку захватывается дно желудка, во второй – задняя стенка дна желудка.

После наложения фиксированных пищеводно-диафрагмальных швов-связок пищевод теряет способность к смещению в средостение. Для восстановления замыкательной функции кардии создаются новые анатомические взаимоотношения между пищеводом, кардией и желудком в форме пищеводно-желудочного клапана методом боковой инвагинации с восстановлением связочного аппарата кардии.

На завершающем этапе создания арефлюксной кардии передняя и задняя стенки дна желудка замыкаются над абдоминальным пищеводом и кардией и фиксируются швом-связкой № 5. В сформированной арефлюксной кардии восстанавливается и усиливается угол Гиса, газовый пузырь желудка, клапан Губарева и особенно нижний пищеводный жом за счёт широкой желудочной мышечной петли.

До и через 1,5 – 2 месяца после операции изучали клинические проявления, эндоскопические признаки ГЭРБ, показатели суточной рН-метрии и трансформацию параметров качества жизни пациентов. Для диагностики ГПОД применяли рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта.

Эндоскопическое исследование проводили с помощью видео-информационной системы с цифровым анализатором изображения фирмы «Olympus» Evis Exeга Gif TYPE x P160 (Япония); рентгеноскопиию и рентгенографию желудочно-кишечного тракта (в левом лопаточном положении) – на рентгенаппарате «Вассага» с электронно-оптическим преобразователем фирмы «Apelet» (Франция).

Суточное рН-мониторирование исследовали с помощью прибора «Гастроскан-24» фирмы «Исток-система» г.Фрязино, с использованием стандартных зондов с тремя сурьмяными электродами и накожным хлорсеребряным электродом сравнения. Оценивали среднее значение рН, % общего времени с рН<4, число продолжительных рефлюксов > 5 мин (рефл./сут.), наибольшую продолжительность рефлюкса (мин), обобщенный показатель De Meester. Данные параме-

тры изучали на уровне 5 см над кардией, дистальный электрод располагали в дне желудка. За 2 недели до исследования отменяли антисекреторные препараты. Исследование начинали в 9 часов утра натощак, при этом больные вели обычный образ жизни с фиксированием продолжительности следующих параметров (при их наличии): сон, прием пищи, курение, тошнота, изжога, боль, прием лекарственных препаратов, чувство голода, горизонтальное положение больного.

Качество жизни оценивали при поступлении пациентов в стационар до хирургического лечения и через 1,5-2 месяца после операции по опроснику SF-36, включающему 8 шкал и позволяющему оценить физическую и социальную активность, выраженность болевого синдрома, эмоционально-психический статус.

Статистическую обработку полученных данных производили на IBM-совместимом компьютере на базе Intel Pentium IV с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel для Windows XP (версия 2002). Достоверность межгрупповых различий определяли по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

В клинической картине течения ГЭРБ отмечено следующее: до операции изжога определялась у 29 (90,6%) больных; отрыжка — у 25 (78,1%); болевой синдром — у 23 (71,9%); дисфагия — у 14 (43,8%); тошнота — у 13 (40,6%); рвота — у 12 (37,5%). Через 2 месяца после операции изжога и рвота исчезли у всех больных; отрыжка отмечалась у 4 (11,8%), боли — у 10 (29,4%), дисфагия — у 18 (52,9%), тошнота — у 12 (35,6%) больных.

Рефлюкс-эзофагит до операции диагностирован у 3/4 больных (табл.1.), при этом катаральный эзофагит выявлен в 38,2% случаев, эрозивный — в 32,4% и язвенный — в 9,8%. Осложнения эзофагита в виде формирующейся или явной стриктуры встречались 5,9% и 8,8% соответственно. По степени тяжести эзофагит распределялся следующим образом: степень А выявлена у 16 больных (47,1%), степень В — у 10 больных (29,4%), степень С — у 4 больных (11,8%).

После операции отмечалась нормализация эндоскопической картины состояния пищевода, рефлюкс-эзофагит отсутствовал у всех больных.

Динамика суточной рН-метрии представлена в таблице 2. До операции % общего времени с рН<4 практически в 5 раз превосходил нормы по De Meester, число

Таблица 1
Эндоскопические признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и эзофагита до и через 2 месяца после операции (n=34; в % от общего количества больных)

Характерные признаки	до операции		после операции	
	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5
Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:				
Кардия смыкается				
– плотно	6	17,60	34	100,00
– неплотно	15	44,20	–	–
– зияет	13	38,20	–	–
Z-линия				
– четкая	23	67,60	34	100,00
– смазана	11	32,40	–	–
Пролабирование слизистой				
– есть	11	32,40	–	–
– нет	23	67,60	34	100,00
Рефлюкс-эзофагит:				
Эзофагит:				
– катаральный	13	38,20	–	–
– эрозивный	11	32,40	–	–
– язвенный	3	9,80	–	–
– нет	7	20,60	34	100,00
Степень тяжести эзофагита по Лос-Анджелесской классификации (1994)				
A	16	47,10	–	–
B	10	29,40	–	–
C	4	11,80	–	–
D	–	–	–	–
Стриктура:				
– формирующаяся	2	5,90	–	–
– есть	3	8,80	–	–
– нет	29	85,30	34	100

Лос-Анджелесская классификация цитируется по С.И. Пиманову, 2000.

Таблица 2
Динамика показателей суточной рН-метрии у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (n=34; M ± m)

Показатели рН-метрии	До операции	После операции	Норма
Среднее значение рН	5,83±0,31	6,50±0,13	6,00–8,00
% общего времени с рН<4	25,54±8,27	2,35±1,03*	< 4,50
Число продолжительных рефлюксов > 5 мин (рефл./сут.)	12,15±3,28	0,85±0,39*	< 3,50
Наибольшая продолжительность рефлюкса (мин)	36,61±14,01	6,02±3,11°	< 9,20
Индекс De Meester	78,86±22,67	10,91±5,19*	< 14,72

Примечание: * – p<0,01; ° – p<0,05; норма цитируется по А.А. Ильиченко и Э.Я. Селезневой, 2001.

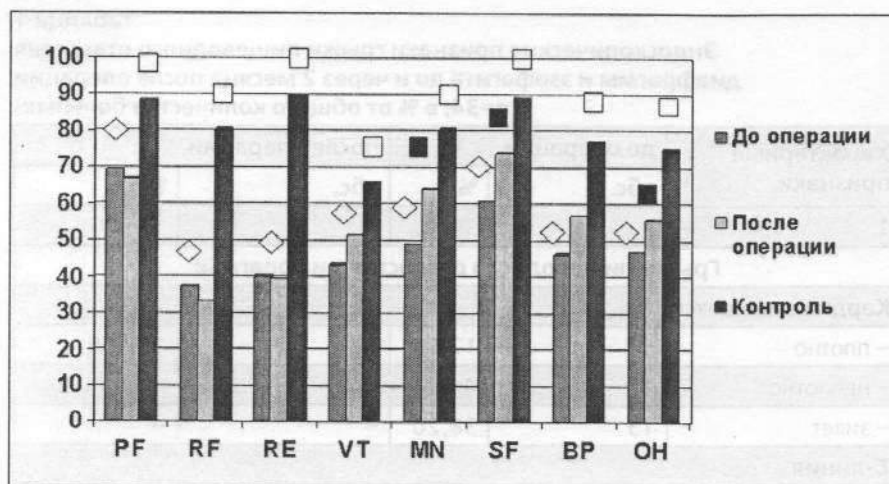


Рис. 2. Параметры качества жизни больных до и после оперативного лечения (Опросник SF-36). PF – физическое функционирование; RF – ролевое физическое функционирование; RE – ролевое эмоциональное функционирование; VT – жизнеспособность; MN – психическое здоровье; SF – социальное функционирование; BP – болевой синдром; GH – общее здоровье. Контроль представлен параметрами качества жизни здоровых людей (цит. по М.Н. Давыденко, 2003). ■ – $p < 0,05$ между 1 и 2 колонками; ◇ – $p < 0,05$ между 1 и 3 колонками; □ – $p < 0,05$ между 2 и 3 колонками

продолжительных рефлюксов больше 5 минут – в 3 раза, наибольшая продолжительность рефлюкса – в 4 раза, индекс De Meester – в 5 раз. Хирургическое лечение привело к нормализации основных параметров суточной рН-метрии. Только индекс De Meester у пяти больных незначительно превышал норму.

Параметры качества жизни больных до операции (рис.2) были значительно ниже показателей практически здоровых людей. Через 1,5-2 месяца после операции у больных достоверно возросло социальное функционирование, психическое и общее здоровье, наблюдалась тенденция к повышению показателя боли, однако все они не достигали уровня параметров качества жизни практически здоровых людей.

Выводы

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют об арефлюксности конструкции вновь созданной кардии по методике В.И. Оноприева, что приводит к нормализации функционального состояния пищевода у больных с ГЭРБ. Хирургическое лечение способствует улучшению качества жизни пациентов по показателям социального функционирования, психического и общего здоровья, которые хотя и не достигают параметров практически здоровых людей, но достоверно повышаются по сравнению с дооперационным уровнем. Учитывая данные обстоятельства, больные с ГЭРБ в послеоперационном периоде нуждаются в

диспансерном наблюдении и проведении физических и социальных реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Давыденко М.Н. Эрадикационная терапия осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных, перенесших радикальную дуоденопластику: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27, 14.00.05. Краснодар, 2003. 20с.
2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной

практике врача. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – №6. – С.19-26.

3. Ильиченко А.А., Селезнева Э.Я. Методические рекомендации №15. Компьютерная рН-метрия желудка и пищевода. Клиническое значение метода. М. 2001. 42с.

4. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. М.: Медицинская книга, Нижний Новгород: Изд-во КГМА. 2000. 378с.

5. Седов В.М., Черепанов Д.Ф., Вужлаков И.В., Зайцев А.Н. Модифицированная лапароскопическая фундопликация в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. // Вестник хирургии им.Грекова. – 2002. – №6. – С.74-75.

6. Соловьев Г.М., Лукомский Г.И., Шулуто А.М., Наумов Б.А., Котаев А.Ю. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – болезнь XXI века (стратегия хирургического лечения). // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2000. – №1. – С.62-65.

7. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода (руководство для врачей). // М. – Медицина. – 2000г. – 352 с.

8. Dent J., Jones R., Kahrilas P., Talley N.J. Management of gastro-esophageal reflux disease in general practice. BMJ 2001; 322: 344-7.

9. Galmiche J.P., Letessier E., Scarpignato C. Treatment of gastro-oesophageal reflux disease in adults. BMJ 1998; 316: 1720-3.

10. Stanghellini V. Management of gastro-oesophageal reflux disease/ Drugs Today (Barc) 2003; 39 (suppl. A): 15-20.

ЭТО ИНТЕРЕСНО!

Объем слюноотделения в состоянии покоя – 0,5 мл в минуту, во время еды – 5 мл в минуту. Количество выделяемой слюны при 30-минутной трапезе составляет примерно 150 мл.

В среднем человек выделяет 1 литр слюны в сутки или 365 литров в год. За всю свою жизнь мужчина производит в среднем 26000 литров слюны, женщина – 29000 литров.

Леони Д., Берте Р., 1997

В.И. ОНОПРИЕВ, В.М. ДУРЛЕШТЕР, В.В. РЯБЧУН, И.С. КЛИТИНСКАЯ
РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ, КРАСНОДАР

Современные хирургические технологии создания арефлюксной кардии при различных формах ахалазии пищевода

Ахалазия является наиболее распространенным нервно-мышечным заболеванием пищевода, которое характеризуется недостаточным расслаблением или отсутствием расслабления нижнего пищеводного сфинктера в ответ на глоток и отсутствием перистальтических сокращений в дистальных 2/3 тела пищевода в результате прогрессивного снижения плотности ингибиторных нейронов интрамурального нервного сплетения стенки пищевода. Заболевание преимущественно встречается у лиц молодого и среднего возраста (от 20 до 40 лет). В европейских странах частота этой патологии колеблется от 0,5 до 0,8 на 100 000 населения, в США — 1 человек на 100 000 населения [1]. Ахалазия пищевода составляет 3–20% всех заболеваний пищевода [2]. В литературе существует представление, что 1% из всех больных отделения хирургической гастроэнтерологии — это пациенты с ахалазией пищевода, они составляют 4,5% всех больных с нарушениями глотания.

Этиология селективной утраты холинэргических неадренэргических постганглионарных ингибиторных нейронов, нейротрансмиттерами которых являются такие нейросубстанции как оксид азота (NO), вазоактивный интестинальный полипептид (VIP), кальцитонин ген-связанный пептид (CGRP), по-прежнему остаётся невыясненной. Известно, что у большинства больных с ахалазией выявляются антитела к постганглионарным тормозным нейронам интрамуральной нервной системы терминального отдела пищевода и кардии, а также отсутствует NO-синтаза в нижнем пищеводном сфинктере (НПС) — фермент, который принимает участие в синтезе оксида азота. Перечисленные патологические изменения, по последним представлениям, могут возникать в результате воздействия вирусного или психогенного факторов. Из 143 обследованных нами пациентов с ахалазией пищевода 39 (27%) связывали возникновение заболевания с перене-

сённой ранее психотравмирующей ситуацией. К настоящему времени отклонена наследственная предрасположенность заболевания на основании исследования белков крови (система АВ0, резус фактор, трансферрин, гаптоглобин, группспецифический компонент, третий компонент комплемента сыворотки крови), которые являются генетическими маркерами наследственных заболеваний.

Прогрессирование заболевания ведёт к развитию ряда последовательных морфофункциональных изменений пищевода от стадии компенсации, когда возникшие двигательные нарушения пищевода и кардии компенсируются в основном за счёт усиления амплитуды и продолжительности непульсированной сократительной волны пищевода до декомпенсации, которая характеризуется практически полной атонией органа. Растяжение стенок пищевода пищей приводит к ишемии, дистрофическим изменениям тканей и прогрессированию их структурной дегенерации с последующим соединительнотканым замещением. Внутриволокнистая среда пищевода в результате ферментации пищи в просвете органа из щелочной превращается в кислую, что приводит к возникновению стазового эзофагита, эрозий слизистой оболочки, участков метаплазии эпителия слизистой (лейкоплакии). Все эти патологические факторы в 33 раза увеличивают риск возникновения плоскоклеточной карциномы пищевода при ахалазии [3], что позволяет отнести ахалазию пищевода к группе предраковых заболеваний.

Упоминание о болезни пищевода, сопровождающейся затруднением прохождения пищи, встречается в трудах Томаса Виллиса (Thomas Willis) за 250 лет до возникновения хирургических методов лечения ахалазии пищевода. В 1636 году он описал клинические признаки этого состояния и пытался лечить его с помощью палочки из китового уса с укрепленным на её конце кусочком губки для

механического расширения функциональной обструкции кардии.

Несмотря на то, что ахалазия пищевода является наиболее изученным первичным моторным заболеванием пищевода на данный момент, неизвестный патогенез этой патологии значительно ограничивает возможности медикаментозной коррекции функциональных нарушений пищевода и кардии при ахалазии. В качестве консервативной терапии применяют препараты таких групп как нитраты, блокаторы кальциевых каналов, М-холинолитики, миотропные спазмолитики, адреномиметики, ганглиоблокаторы, седативные и витаминные препараты. Однако кратковременный положительный эффект наблюдается лишь на начальных стадиях заболевания; со временем развивается толерантность к части препаратов, а у некоторых пациентов возникают побочные эффекты, поэтому медикаментозную терапию следует рассматривать лишь как подготовительные меры перед более радикальными операциями или как паллиативные меры при имеющихся противопоказаниях к их выполнению. Эндоскопическое интрасфинктерное введение ботулинового токсина с помощью эндоскопической иглы — сравнительно недавно предложенный метод лечения больных с ахалазией — приводит к временной клинической ремиссии у 60–80% пациентов сроком от 6 до 12 месяцев в результате ингибирования высвобождения ацетилхолина и расслабления гладких мышц НПС и требует проведения повторного сеанса для поддержания эффекта у некоторых пациентов уже через полгода.

В настоящее время для лечения ахалазии пищевода в большинстве клиник мира широко применяется пневматическая кардиодилатация. Эндоскопические вмешательства могут быть как самостоятельным окончательным способом восстановления перорального питания, так и одним из этапов предоперационной подготовки. По данным некоторых ис-

следователей уже в среднем через 4,1 [4] или 4,7 [5] года повторная кардиодилатация требуется 52 % и 42 % пациентов соответственно, причём повторные дилатации снижают вероятность положительного исхода и некоторые авторы при неудовлетворительных результатах после 2 — 3 повторных кардиодилатаций рекомендуют сменить тактику лечения [6]. Проведённый Vaezi и другими исследователями сравнительный анализ отдалённых результатов пневматической кардиодилатации и инъекции ботулинового токсина через 12 месяцев после их проведения показал, что положительный эффект после пневмокардиодилатации сохраняется у 70 %, а после интрасфинктерной инъекции ботулинового токсина — всего у 32 % пациентов [6]. Таким образом, применение ботулинового токсина при ахалазии пищевода менее эффективно, чем баллонная дилатация. Наиболее серьёзным и специфическим осложнением эндоскопического лечения ахалазии пищевода является перфорация стенки органа, которая чревата развитием медиастинита. Частота возникновения такого грозного осложнения при пневмокардиодилатации, по данным различных авторов, колеблется от 0,5 % до 6 % [7—11]. Другим редким осложнением эндоскопических методов дилатации является кровотечение, которое, как правило, не бывает массивным и встречается в 1—2 % (Olsen A.M., 1980). Смертность после выполненной манипуляции составляет 0,2 % [9].

Несмотря на то, что пластическая хирургия ахалазии пищевода существует уже более ста лет, проблема восстановления или создания анатомически надёжной и функционально полноценной арефлюксной кардии до настоящего времени не решена. По данным отечественной и зарубежной литературы, послеоперационная летальность колеблется от 4—15 до 25—60 %, в зависимости от вида оперативного вмешательства (В.И.Оноприев, 1998; А.Ф.Черноусов, 1990; А.С.Мамонтов, 1990; Р.Б.Мумладзе, А.А.Бакиров, 2000.). Основными причинами летальных исходов являются: несостоятельность шейных пищеводных анастомозов при интерпозиции толстой кишки в 64,2 % случаев, некроз трансплантата при пластике пищевода возникает в от 17,6 % до 19,7 % случаев, несостоятельность швов абдоминальных соустьев в 6,17 % случаев (А.С.Мамонтов и соавт.1990; Р.Б.Мумладзе, А.А.Бакиров, 2000.). Выраженный рефлюкс кислого желудочного содержимого является основной причиной для развития послеоперационного рефлюкс-эзофагита в 3—

50 % случаев (М.Б.Скворцов и соавт., 1992; В.М.Субботина и соавт., 1992; Б.С.Бабашев, Я.Ш.Мамедов 1992; А.Л.Шестаков и соавт.,1992; Buleut S., McCallum M.D., 1992). Эти и другие осложнения, с одной стороны, сводят на нет результаты столь сложной, опасной и травматичной операции, а с другой — приводят к неизбежной инвалидизации больных в 24—42 % случаев (Э.Н.Ванцян, 1971; Л.Б.Новокрещенов, 1987; А.Ф.Черноусов, 1990), так как возникают состояния более тяжёлые, часто требующие повторных, ещё более сложных операций, что значительно снижает качество жизни пациентов. Создание арефлюксных устройств несколько улучшает функциональные результаты, однако летальность остается высокой — 3,4—15 % (А.Ф.Черноусов и др.,1987; Skinner, 1984). К настоящему времени предложено уже более 60 способов оперативного лечения ахалазии пищевода, что говорит о неудовлетворённости хирургов результатами лечения этого заболевания.

Данные обстоятельства диктуют необходимость дальнейшего поиска оптимальных методов формирования арефлюксной кардии при хирургическом лечении ахалазии пищевода.

Материал и методы

За последние 10 лет в центре обследовано, прооперировано и ведётся наблюдение за 65 больными с ахалазией пищевода, из них 42 мужчины и 23 женщины в возрасте от 16 до 87 лет.

Использовались следующие методы исследования морфо-функционального состояния пищевода, нижнего пищеводного сфинктера, кардии, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК): эндоскопия, рентгенологическое исследование, исследование моторной функции пищевода, нижнего пищеводного сфинктера, кардии и желудка выполнялось методом катетерной манометрии и тензометрии, исследование секреции желудка проводили методом внутрижелудочной рН-метрии с использованием АРМ «Гастро-Ф».

В зависимости от анатомо-функционального состояния пищевода, НПС и кардии все больные были разделены на 2 группы.

К первой группе отнесено 57 больных с расширением пищевода от 3,4 1,8 до 7,4 1,4 см. в диаметре, с умеренным и значительным нарушением моторно-эвакуаторной функции эзофагуса (повышение давления в кардии от 24,3±3,8 см в.ст. до 29,6±2,6 см в.ст., при норме 20—25, повышение пищевода-желудочного градиента давления от 17,2±2,4 см.в.ст.

до 21,7±3,1 см в.ст., при норме 5—15, снижение амплитуды сократительной волны от 18,4±1,3 см в.ст. до 11,3±1,2 см в.ст., при норме 25—35, увеличение продолжительности сократительной волны от 16,4±2,3 сек. до 26,4±3,3 сек., при норме 5—8 сек.).

Выполнение оперативного вмешательства у этой группы больных считалось наиболее оптимальным в связи с относительной компенсацией заболевания.

Вторая группа — в эту группу вошли восемь больных ахалазией с S-образным изгибом пищевода, выраженным расширением органа (мегаэзофагус), практически полным отсутствием его моторно-эвакуаторной деятельности. Характер морфо-функциональных изменений пищевода позволяет говорить о переходе заболевания в стадию полной декомпенсации.

Больным с ахалазией пищевода в первой группе выполняли продольную внеслизистую миотомию пищевода-желудочного перехода с расширяющей эзофаго-кардио-фундопластикой и сохранением вагусной иннервации желудка. Кроме продольной внеслизистой эзофаго-кардиомиотомии в комплекс операции включали создание арефлюксного эзофаго-кардио-фундального клапана.

Ключом операции является суперселективная проксимальная ваготомия (ССПВ), которая применяется во всех группах больных, т.к. разработанная методика позволяет выполнить мобилизацию прекардиального участка пищевода с низведением последнего из средостения и сохранить стволы блуждающего нерва и ветви, идущие к антральному отделу желудка, тем самым сохранив моторно-эвакуаторную функцию желудка.

Операцию начинаем с верхне-срединной лапаротомии. Для лучшего доступа осуществляем аппаратную коррекцию раневой апертуры с помощью РСК-10. Пересекаем левую треугольную связку печени, отводя левую долю медиально, что улучшает доступ к пищеводному отверстию диафрагмы, абдоминальному отделу пищевода, кардии и воротам селезенки. Скелетируем пищеводное отверстие диафрагмы и обе ее ножки, пересекая пищеводно-диафрагмальные, диафрагмально-кардиальные и диафрагмально-фундальные связки. Низводим кардию и абдоминальный отдел пищевода вместе с клетчаткой, связочным аппаратом, стволами блуждающих нервов и их основными ветвями. Затем пересекаем проксимальную часть желудочно-селезеночной связки с 1—2 короткими желудочными сосудами. Мобилизован-

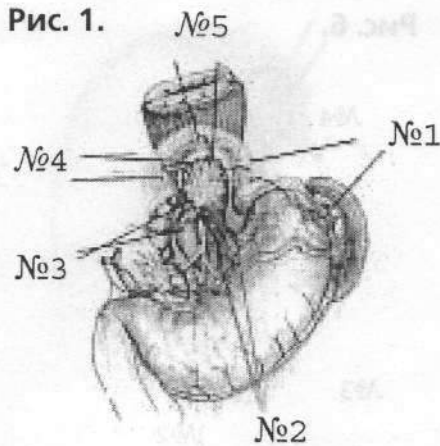


Рис. 1. Этап создания арефлюксной кардии:

Швом-связкой N1 фиксируем левую боковую стенку пищевода к левой ножке диафрагмы на 3 часах по циферблату. Швом-связкой N2 фиксируем левую задне-боковую стенку пищевода к левой ножке диафрагмы на 5 часах. Швом-связкой N3 фиксируем к правой ножке диафрагмы на 9 ча-

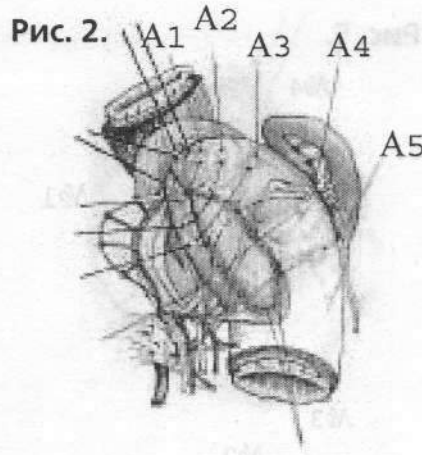


Рис. 2. Этап выполнения продольной эзофагокардиомиотомии: В

швы A1, A2, A3, A4, A5 захвачены передняя и задняя стенки дна желудка, передняя стенка наворачивается на дефект в мышечном слое пищевода.

Швом-связкой N5 фиксируем переднюю стенку пищевода к верх-

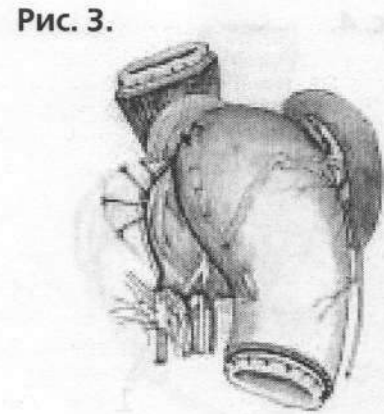


Рис. 3. Общий вид арефлюксной кардии

нему краю ПОД на 12 часах по циферблату

Рис. 2. Этап выполнения продольной эзофагокардиомиотомии: В

ное дно желудка отворачиваем кпереди и вниз, открывая заднюю стенку дна желудка, что дает широкий доступ к левой и правой ножке диафрагмы, заднему — правому стволу блуждающего нерва (исключая его повреждение при диссекции пищевода сзади), желудочно-поджелудочной связке, которую поэтапно отделяем от стенок дна желудка до кардии, смещая связку к воротам селезенки. Сзади мобилизуем стенки пищевода, кардию и проксимальный участок тела желудка с пересечением первой задней поперечной сосудистой ветви. На протяжении 6-7 см мобилизуем абдоминальный и внутрипеченочный сегменты пищевода, последний берем на держалку. При этом рассекаем соединительнотканые перепоны, располагающиеся между блуждающими нервами и пищеводом, что придает нервам наибольшую подвижность и дает возможность смещения их максимально от пищевода. Передний вагус смещается вправо и вверх, а нижний остаётся между правой и левой ножкой диафрагмы. Скелетируем проксимальный участок малой кривизны тела желудка с пересечением 1-2 поперечных сосудов. В пищевод вводим толстый желудочный зонд, который, как правило, не удается провести через зону сужения. Подтягивая за держалку, извлекаем из средостения пищевод, максимально низводим его в брюшную полость.

У первой группы затем приступаем к восстановлению разрушенного при мобилизации связочного аппарата пищевода. К краям пищеводного отверстия диафрагмы фиксируем стенки пищевода за остатки пищеводно-диафрагмальной мембраны, паразофагеальную клетчатку и сосудисто-нервные пучки, входящие в стенку пищевода. При этом применяем 5 швов-связок (рис. 1—3).

После наложения фиксирующих пищеводно-диафрагмальных швов-связок пищевод теряет способность к смещению в средостение.

Для восстановления замыкательной функции кардии создаем новые анатомические взаимоотношения между пищеводом, кардией и желудком в форме эзофаго-кардио-гастрального клапана.

Восстанавливаем угол Гиса. Для этого в шов-связку №1 захватываем дно желудка по большой кривизне на уровне пересеченных коротких желудочных артерий за основание их культей. В швы-связки №2, №3 и №4 поэтапно захватываем заднюю стенку дна желудка, предварительно вытягивая ее с помощью держалки. Затем в шов-связку №4 захватываем переднюю стенку дна желудка с таким расчетом, чтобы она свободно легла на переднюю поверхность пищевода, не задавливая его; нити берут на держалку.

Только после создания связочного аппарата пищевода, кардии и формирования эзофаго-кардио-гастрального клапана выполняем продольную внеслизистую эзофагокардиомиотомию. Для этого по передней поверхности пищевода острым скальпелем и препаровочными ножницами производим миотомный разрез длиной 5-7 см, проходящий через всю зону сужения с переходом на 1-1.5 см кардиального отдела желудка. Рассекаем циркулярные мышечные волокна НПС до подслизистого слоя и препаровочным тупфером разводим их в стороны, освобождая его. При этом нужно тщательно следить за полнотой выполнения миотомии, четко дифференцировать высвобождающийся подслизистый слой, который имеет розовый цвет с видимой мелкопетливой сетью сосудов. Для этого миотомию выполняем под контролем трансиллюминации. Прецизионное, слой за слоем, рассечение мышечных волокон, тщательная препаровка подслизистого слоя позволяют избежать ранения слизистой оболочки пищевода и вскрытия его просвета. После полного рассечения и разведения в стороны краев разреза мышечной оболочки толстый желудочный зонд свободно проводим в желудок. Монолитной нитью 4/0, атравматической иглой узловыми швами к левому краю миотомного разреза подшиваем переднюю стенку дна желудка, а к правому — заднюю. Такая конструк-

Рис. 4.

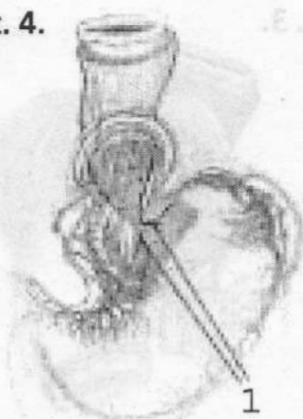


Рис. 4. Общий вид пищеводно-желудочного перехода после выполненной суперселективной проксимальной ваготомии (ССПВ): 1 – стенозированный прекардиальный сегмент пищевода

ция способствует постоянному нахождению рассеченных мышечных краев в состоянии диастаза, вследствие эластической тяги обеих стенок дна желудка, направленной в противоположные стороны. Это обстоятельство препятствует контакту, сращению и рубцеванию краев миотомного разреза. Завязываем шов-связку №4. Дефект в мышечном слое пищевода укрываем очень подвижной передней стенкой дна желудка, наворачивая ее на образовавшийся дефект. Для этого, убедившись в отсутствии натяжения, сверху вниз накладываем несколько узловых серозно-мышечных швов, захватывающих с одной стороны переднюю стенку дна желудка, а с другой – заднюю. В шов-связку №5 захватываем переднюю стенку дна желудка, дополнительно фиксируя ее к верхнему краю ПОД. Затем 2-3 швами ушиваем малую кривизну желудка. Зону оперативного вмешательства, во избежание развития спаечного процесса, перитонизируем большим салынком, фиксируя его несколькими швами к кардиальному отделу желудка и к краю ПОД. Создан арефлюксный эзофаго-кардио-гастральный клапан. Восстановлены все компоненты физиологической кардии, нижний пищеводный мышечный жом за счет широкой желудочной мышечной петли, замыкающей швами переднюю и заднюю стенки дна желудка над абдоминальным пищеводом. Восстановленный связочный аппарат, фиксирующий низведенный пищевод в ПОД, гарантирует созданную конструкцию от дезинвагинации. Операция была выполнена у 57 больных с аха-

Рис. 5.

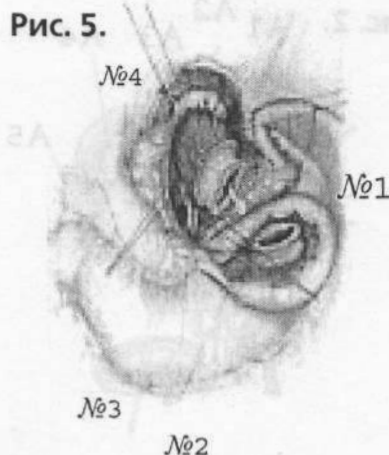


Рис. 5. Этап выполнения сегментарной эзофагопластики: №№ 1, 2, 3, 4 – 8-образные швы-связки (искусственные пищеводно-диафрагмальные связки)

лазией пищевода, выделенных в первую группу.

Во второй группе у пожилых больных (возраст свыше 65 лет) применяли радикальную сегментарную эзофаго-кардио-пластику.

Операция выполнена у 5 больных из верхне-срединной лапаротомии. После выполненной SSPB резецируем стенозированный и рубцово-измененный сегмент прекардиального отдела пищевода. Уровни резекции сегмента со стороны пищевода и кардии определяем пробными поперечными миотомиями, т.е. обнажением подслизистого слоя. На уровне резекции подслизистый слой должен быть эластичным и хорошо растяжимым, а слизистая должна образовывать складки. До стенозированного сегмента абдоминальный пищевод дополнительно мобилизуем, максимально извлекая из средостения, значительно удлиняя его за счет направления S-образного изгиба. Связочный аппарат пищевода создаем в момент максимального извлечения последнего, вшивными швами-связками к краям пищеводного отверстия диафрагмы и ее ножкам (за их соединительнотканые футляры), фиксируя стенки пищевода за остатки пищеводно-диафрагмальной мембраны, параззофагеальную клетчатку и сосудисто-нервные пучки, входящие в стенку пищевода. Мышечные слои пищевода в швы не вовлекаются из-за опасности прорезывания. При этом применяем 4 вшивных лавсановых 8-образных шва-связки (рис. 4–6).

Пищевод благодаря вшивным швам-связкам хорошо фиксирован и не сме-

Рис. 6.

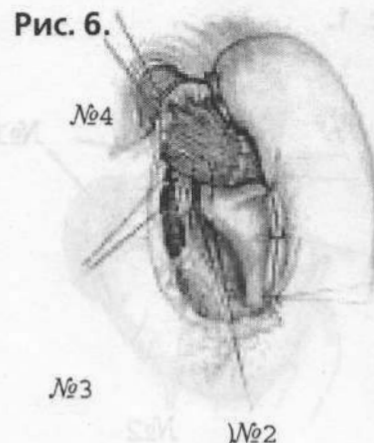


Рис. 6. Этап создания арефлюксной кардии: В шов-связку № 2 захвачена задняя стенка желудка; №№ 3, 4 – искусственные пищеводно-диафрагмальные связки

щается в средостение, сохраняя достаточную (6–8 см) длину для конструирования арефлюксной кардии. Подслизистая и слизистая пищевода эластичны, образуют избыточную складчатость, необходимую для формирования клапана Губарева. Проксимальный отдел желудка подвижен, легко смещается к ПОД, месту фиксации низведенного пищевода. Слизистая кардии эластична, хорошо растягивается и широко обнажается, образуя большие складки.

Формируем пищеводно-кардиальный анастомоз. Для этого широко обнажаем подслизистую пищевода и кардии 4-мя лигатурами-держалками, максимально расправляем и поэтапно адаптируем компрессирующими серозно-мышечно-подслизистыми швами. Лучше применять рассасывающуюся мононить 5-6/0 на атравматической игле. При этом, с опережением накладываем адаптирующий шов и после идеальной адаптации слизистых за подслизистые оболочки опережающей нитью бывший адаптирующий шов завязываем, превращая его в фиксирующий. Таким образом, в анастомозе создаем избыточную складчатость слизистых, восстанавливая главный арефлюксный компонент физиологической кардии – клапан Губарева. Десерозированный (скелетированный) участок проксимальной части малой кривизны тела желудка ушиваем 2-3 швами до анастомоза.

Для восстановления замыкательной функции кардии создаем новые анатомические взаимоотношения между пищеводом, кардией и желудком в форме

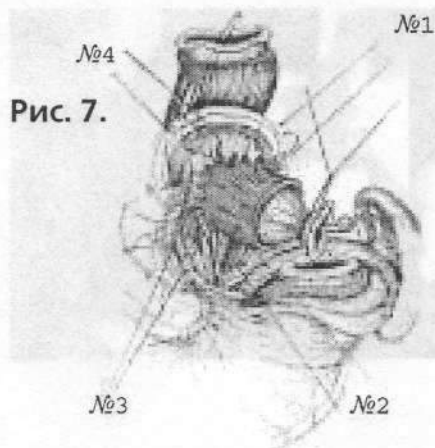


Рис. 7. Этап экстирпации слизисто-подслизистого слоя пищевода: №№ 1, 2, 3, 4 – 8-образные швы (искусственные пищеводно-диафрагмальные связки)

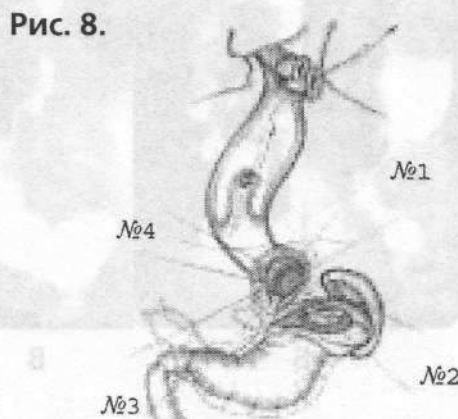


Рис. 8. Этап экстирпации слизисто-подслизистого слоя пищевода: №№ 1, 2, 3, 4 – искусственные пищеводно-диафрагмальные связки

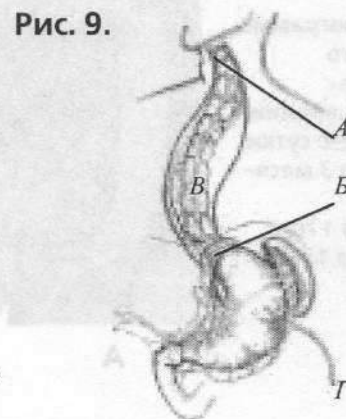


Рис. 9. Окончательный вид после выполненного оперативного вмешательства: А – эзофагоколо-анастомоз; Б – арефлюксная кардия; В – трансплантат; Г – гастростома

эзофаго-кардио-гастрального клапана методом боковой инвагинации. Восстанавливаем угол Гиса, в шов-связку №1 захватываем дно желудка по большой кривизне на уровне пересеченных коротких желудочных артерий за основание их культей. Ниже этого шва формирующий угол Гиса фиксируем еще 2-3 узловыми швами, обязательно захватывающими на пищеводе основание лигированных сосудистых пучков. Затем в шов-связку №2 захватываем заднюю стенку дна желудка. Швом-связкой №3 фиксируем переднюю стенку дна желудка. Поэтапно, абдоминальный пищевод и пищеводно-кардиальный анастомоз методом боковой инвагинации погружаем между передней и задней стенками дна желудка швами. В шов-связку №4 также захватываем переднюю стенку дна желудка, дополнительно фиксируя ее к ПОД.

У больных молодого возраста второй группы с запущенной формой ахалазии производим экстирпацию слизисто-подслизистого слоя пищевода с замещением последнего левой половиной ободочной кишки, проведенной через сохраненный мышечный футляр (рис. 7–9).

Операцию начинаем с расширенной верхне-средне-нижней лапаротомии. Выполняется ССПВ с мобилизацией рубцово-стенозированного участка прекардиального и абдоминального отдела пищевода на протяжении 6-8 см и проксимального участка тела желудка с пересечением 1-2 поперечных сосудов малой кривизны желудка. Резецируем стенозированный, рубцово-измененный сегмент прекардиального отдела пищевода. За-

тем следующий этап операции проводим на шее: разрезом параллельно левой кивательной мышцы рассекаем кожу и подкожную клетчатку фасции, отводим кивательную мышцу кнаружи, выделяем шейный отдел пищевода и берем его на держалку. Мышечный слой пищевода до подслизистого на этом уровне поперечно пересекаем с циркулярной мобилизацией подслизистого слоя и сохранением задней стенки мышечного слоя. Подслизистый слой пересекаем поперечно, через образовавшееся отверстие проводим зонд с оливой в пищевод до уровня резецированного участка последнего, находящегося в брюшной полости. Выделенный подслизистый слой пищевода фиксируется крепко к зонду. Зонд медленно извлекается, а вместе с ним удаляется слизисто-подслизистый слой пищевода, начиная от абдоминального и заканчивая шейным отделом на уровне его пересечения. Выполняем эндоскопический контроль.

Следующий этап операции – выкраивание из левой половины ободочной кишки трансплантата на питающей ножке. Обычно последний представлен частью поперечно-ободочной кишки, кровоснабжающийся за счет средней ободочной артерии. Подготовленный трансплантат проводим под желудком на шею через сохраненный мышечный футляр пищевода антиперистальтически либо изоперистальтически. Затем создаем арефлюксную кардию – соустье между зоной кардии желудка и трансплантатом. Четырьмя швами-держалками мышечный

футляр пищевода фиксируется соответственно к левой ножке на 2-х часах и на 5, а к правой на 7 и 11 часах. В зоне кардии, на месте бывшего пищеводно-желудочного перехода, широко обнажается подслизистый слой желудка и формируется коло-гастральное соустье узловыми слизисто-подслизисто-серозными швами синтетической рассасывающейся ниткой 4-5/0.

Для восстановления замыкательной функции кардии создаем новые анатомические взаимоотношения между трансплантатом, кардией и желудком в форме коло-кардио-гастрального клапана методом боковой инвагинации.

Сначала восстанавливаем угол Гиса, в шов-связку №1 захватываем дно желудка по большой кривизне на уровне пересеченных коротких желудочных артерий за основание их культей. Затем в шов-связку №2 захватываем заднюю стенку дна желудка. Швом-связкой №3 фиксируем переднюю стенку дна желудка. Поэтапно, трансплантат и коло-гастральный анастомоз методом боковой инвагинации погружаем швами между передней и задней стенками дна желудка. В шов-связку №4 также захватываем переднюю стенку дна желудка, дополнительно фиксируя ее к ПОД. Непрерывность ободочной кишки восстанавливается анастомозом конец-в-конец узловым однорядным серозно-подслизистым швом. Для декомпрессии желудка и проведения раннего зондового, а в последующем энтерального питания формируется гастростома. На этом заканчивается брюшной этап операции.

Рис. 10.
Рентгенограммы
больного
1 группы:
А) До операции;
Б) На 10-е сутки;
В) Через 3 месяца;
Г) Через 1 год;
Д) Через 15 лет

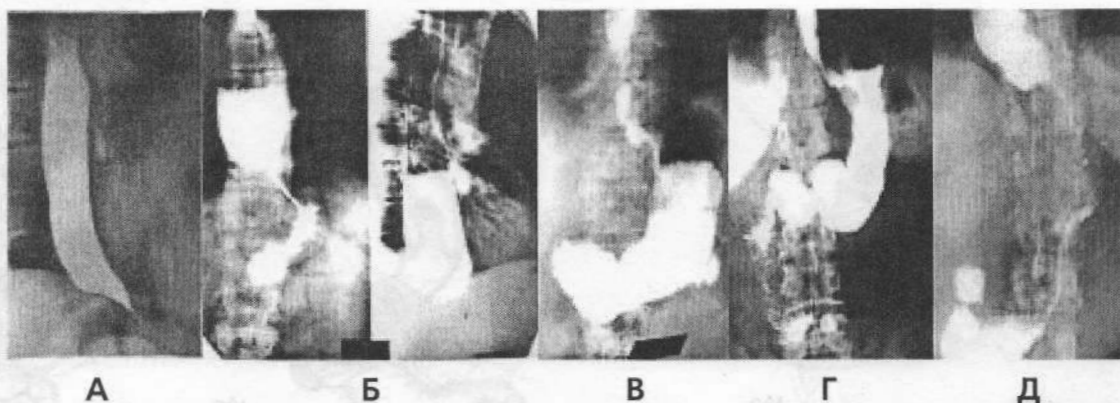


Рис. 11.
Рентгенограммы
больной Б.
71 года до опера-
ции (А) и через 1
год (Б) после опера-
ции сегментар-
ной эзофагопла-
стики с созданием
арефлюксной
кардии

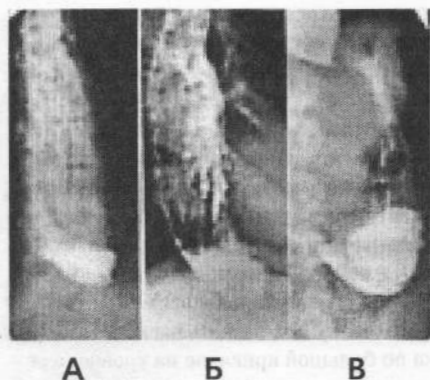
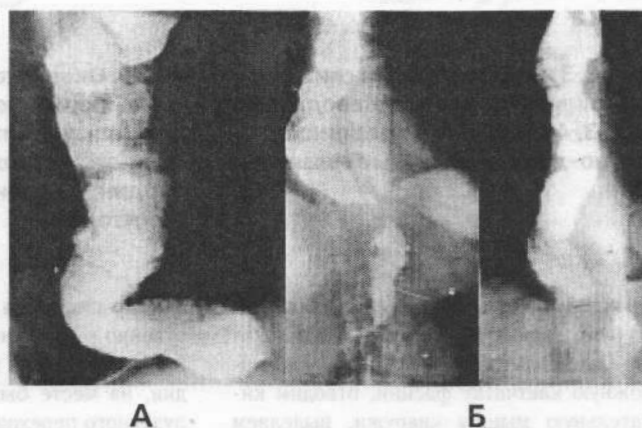


Рис. 12.
Рентгенограммы больных 2-ой
группы до операции

Выведенная в мышечном футляре ободочная кишка на шее сшивается узловыми швами из рассасывающейся мононити 4-5/0 с подслизистым слоем пищевода, а затем в поперечном направлении узловыми швами восстанавливается дефект мышечного слоя. Закончен шейный этап операции. Раны на шее и брюшной полости послойно ушиваются. Предварительно в брюшную полость устанавливаются дренажи в левый и правый фланк.

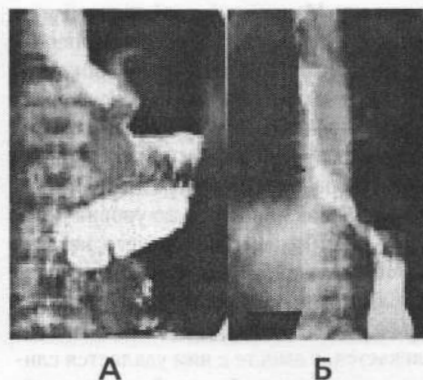


Рис. 13.
Рентгенограммы больного Е., 18
лет, через 10 дней (А) и 1,5 года (Б)
после операции экстирпации сли-
зисто-подслизистого слоя пищево-
да с пластикой ободочной кишкой

Предложенная операция состоит из сложных конструкторских решений, которые позволяют создать естественно функционирующие «искусственный» пищевод и кардию. Она может выполняться только в специализированных гастроэнтерологических учреждениях. Операция длительная, протекает в течение 9-11 часов. Но цель оправдывает средства: этим больным предстоит долгая жизнь, используя предлагаемые технологии, она

будет комфортной, без пищевых и физических ограничений. Эти больные — результат длительного консервативного лечения, которое привело к потере органа. Операция на раннем этапе не потребовала бы таких сложных технических решений.

Результаты и обсуждение

Все больные из первой группы были обследованы в сроки от 1 года до 17 лет после операции. Отличные результаты получены у 55,6%, хорошие — у 33,3%, удовлетворительные — у 9,3%, неудовлетворительные — у 1,8% больных. При рентгенологическом исследовании уже в раннем послеоперационном периоде наблюдали значительное усиление моторной деятельности пищевода, сопровождающееся ускорением, а в ряде случаев и нормализацией темпа эвакуации контрастной массы, уменьшение диаметра пищевода. Причем чем выражены патоморфологические изменения в пищеводе, тем менее интенсивно и полно идет восстановление его моторной функции. Функции антрального отдела желудка, привратника и ДПК не нарушались (Рис. 10, а-д).

При эндоскопическом исследовании у всех больных кардия была сомкнута, находилась в брюшной полости, слизистая пищевода над кардией не изменена, пищевод пуст.

Все больные второй группы после сегментарной эзофагопластики прошли полный комплекс диагностических мероприятий в ближайшем и отдаленном периодах в сроки от 3 месяцев до 3 лет. При рентгенографии пищевода и желудка — диаметр пищевода уменьшился до 3-4 см., после первого глотка начинается порционная эвакуация из пищевода в желудок, моторно-эвакуаторная функция антрального отдела желудка, привратника сохранена, желудочно-пищеводный рефлюкс отсутствует; при фиброэзофагогастродуоденоскопии — слизистая пищевода не изменена, пищеводно-желу-

дочный переход в виде плотно сомкнутой розетки, раскрывающейся при интенсивном нагнетании воздуха, пищевод расширен до 4 см. в диаметре, привратник функционирует; исследуя моторику пищевода и желудка — градиент пищевода-желудочного давления $12 \pm 1,2$ см. в.ст., амплитуда сократительной волны увеличилась до $15 \pm 3,3$ см.в.ст., а продолжительность снизилась до $13 \pm 2,3$ сек (рис. 11, а-б).

Полученные данные убедительно свидетельствуют о наличии арефлюксной кардии, что подтверждается отсутствием таких осложнений как пептическая язва пищевода, рефлюкс-эзофагит, язвенно-некротический эзофагит.

Впервые операция экстирпации слизистой-подслизистого слоя пищевода с замещением последнего левой половиной ободочной кишки, проведенной через сохраненный мышечный футляр, была выполнена в 1996 году у молодого человека 16 лет, страдающего ахалазией пищевода с 3 лет. Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не было. В настоящее время под наблюдением находятся трое больных. Жалоб не предъявляют. При рентгенографии трансплантат, расположенный в сохраненном мышечном футляре, смотрится как пищевод, отсутствует гаустрация, расширение ободочной кишки, а эвакуация начинается на первом глотке. Контрастная масса не задерживается в трансплантате, а порционно уходит в желудок через созданную кардию. Отсутствует заброс желудочного содержимого в «искусственный» пищевод (рис. 12, 13).

Эндоскопическое исследование не вызывает трудности, как при осмотре загрудинно расположенного толстокишечного трансплантата. Трансплантат в виде кишечной трубки без изгибов и расширений, слизистая не изменена. Зона перехода кишки в желудок смотрится как плотно сомкнутая кардия, раскрывающаяся при нагнетании воздуха. Привратник функционирует.

Выводы

Применяемые технологии лечения больных с ахалазией пищевода позволили добиться отсутствия летальности, снизить послеоперационные осложнения до 0,3%, среднее пребывание на больничном листе составило 35 ± 4 дня, исключив рецидив заболевания. Таким образом, ранняя диагностика заболевания и разработанные идеальные технологии оперативного лечения его до возникновения значительных морфо-функциональных изменений пищевода гарантируют благоприятные функциональные результаты в раннем и отдаленном послеоперационном периодах и улучшение показателей качества жизни у больных с ахалазией пищевода.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Mayberry J.F. Atkinson M. Studies of incidence and prevalence of achalasia in the Nottingham area. *Quart. Journal of Medicine* 1985; 56:451-6.
2. Трухманов А.С. Ахалазия кардии: последние достижения в изучении этиологии и патогенеза. Современная консервативная терапия. РМЖ, Том 4 № 3, 1996.

3. Meijssen M.A., Tilanus H.W., van Blankestein M., et al. Achalasia complicated by oesophageal squamous cell carcinoma: prospective study in 195 patients. *Gut* 1992; 33:155-158.

4. Eckardt V.F., Aignherr C., Bernhard G. Predictors of outcome in patients with achalasia treated by pneumatic dilatation. *Gastroenterology* 1992; 103:1732-1738.

5. Parkman H.P., Reynolds J.C., Ouyang A., Rosato E.F., Eisenberg J.M., Cohen S. Pneumatic dilatation or esophagomyotomy treatment for idiopathic achalasia: clinical outcomes and cost analysis. *Dig Dis Sci* 1993; 38:75-85.

6. Vaezi M.F., Richter J.E., Wilcox C.M., Schroeder P.L., Birgisson S., Slaughter R.L., Koehler R.E., Baker M.E. Botulinum toxin versus pneumatic dilatation in the treatment of achalasia: a randomised trial. *Gut*. 1999 Feb; 44(2): 149-50.

7. А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. Хирургия пищевода. Руководство для врачей. Москва "Медицина" 2000: 63-80.

8. Borotto E, Gaudric M, Danel B, Samama J, Quarter G, Chaussade S, Couturier D. Risk factors of esophageal perforation during pneumatic dilatation for achalasia. *Gut* 1996; 39:9-12.

9. Reynolds J.C., Parkman H.P. Achalasia. *Gastroenterol Clin North Am* 1989; 18:233-255.

10. Wong R.K.H., Maydonovich C.L. Achalasia. In: Castell D.O. ed. *The esophagus*. 2nd ed. Boston: Little, Brown, 1995:219-245.

11. Feldman M. Esophageal achalasia syndromes. *Am J Med Sci* 1989;295:60.

Г.К. ЖЕРЛОВ, В.Э. ГОНТЕР, С.В. КОЗЛОВ, Ю.М. ПАДЕРОВ, Р.С. КАРАСЬ
НИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ СибГМУ, ТОМСК

Экспериментальная разработка способа формирования зоны повышенного давления в области «некомпетентного» нижнего пищеводного сфинктера

В результате действия множества ослабляющих факторов наиболее важным звеном при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является патологический нейромышечный контроль нижнего пищеводного

сфинктера (НПС), в результате чего возникают частые длительные периоды проходящего расслабления НПС, приводящие к «некомпетентному» сфинктеру [3]. Оперативная коррекция недостаточности замыкательной функции НПС при

грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) составляет основу лечения этого заболевания. Среди выработанных принципов антирефлюксной операции (восстановление абдоминальной позиции НПС, восстановление спрямленного угла

Гиса и др.) [6], способ формирования розетки слизистой и повышения давления в области НПС определяет конечный результат хирургического лечения. В связи с этим остается актуальной проблема поиска оперативного вмешательства, надежно восстанавливающего антирефлюксную функцию кардии, с одной стороны и в наименьшей степени влияющей на пропульсивную способность и проходимость пищевода, с другой стороны.

Анатомическим обоснованием разработанного в клинике способа являются исследования Ф.Ф. Сакса, В.Ф. Байтингера, Л.Л. Колесникова [1, 2, 5], которые доказали, что у каждого человека в дистальном отделе пищевода имеется относительно высокая концентрация мышечных волокон внутреннего циркулярного слоя (3–5 мм), которая классифицируется как сфинктер пищеводно-желудочного перехода, или "кардиальный сфинктер". Оба мышечных слоя абдоминального отдела пищевода являются частями единой конструкции — мышечного "винта" (Рис. 1). В мышечной оболочке существуют как восходящие мышечные "винты", так и нисходящие, они имеют спиралевидную форму. Их взаимодействие обеспечивает и одновременное, и последовательное по ходу трубчатой системы не простое сокращение, но и раскрытие-сужение просвета. Косые мышечные волокна циркулярного слоя переходят с пищевода на желудок и в области малой кривизны создают кардиальную петлю, удерживающую кардиальную вырезку (петля Гельвеция). Эта мышца начинается от угла кардиальной вырезки и переходит на малую кривизну под разным углом, в зависимости от формы желудка. По данным Колесникова Л.Л. [2], эта петля является дополнительным компонентом замыкательного механизма, ибо её сокращение во время перистальтики способствует сближению стенок кардиального просвета и тем самым её смыканию. У. Купат и соавт. [4] поддерживают теорию о том, что благодаря винтообразному строению мышц пищевода в области кардии формируется самозатягивающаяся петля, которая приводит к смыканию и закрытию входа в желудок.

Цель исследования — экспериментально обосновать возможности формирования в области «некомпетентного» НПС, искусственного, моделирующего строение замыкательного механизма пищеводно-желудочного перехода.

В этой связи нам предстояло решить следующие задачи:

1. Разработать способ формирования искусственного НПС, моделирующего строение замыкательного механизма пищеводно-желудочного перехода.

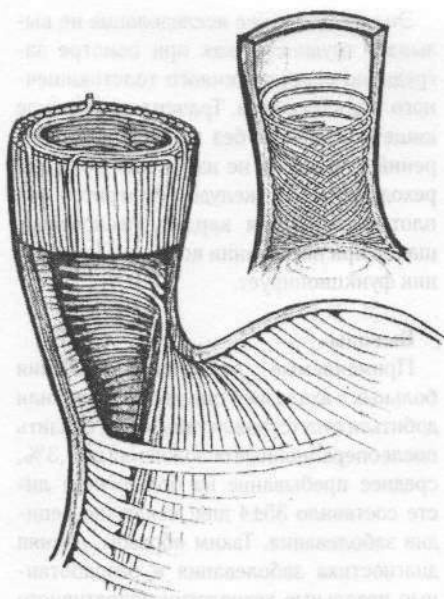


Рис. 1. Миоархитектоника кардиального сужения пищевода и области нижнего пищеводного сфинктера. В правом верхнем углу — вид со стороны кардиальной вырезки на левую стенку

2. Провести исследования антирефлюксной функции искусственного НПС.
3. Провести исследования проходимости дистального отдела пищевода в области искусственного НПС.
4. Проследить в динамике морфологические изменения и реакцию тканей стенки пищевода на нить из сплава никелид-титана.

Материал и методы исследования

Экспериментальная модель искусственного НПС отработывалась на трупных органокомплексах пищевод — желудок, на 10 беспородных собаках обоего пола весом 10 — 20 кг, 10 кроликах обоего пола весом 1,5 — 2 кг. Операция проводилась у собак под эндотрахеальным наркозом, у кроликов — комбинированным. Всем животным была выполнена операция формирования искусственного НПС спиралевидным непрерывным гофрирующим швом сверхтонкой (80 микрон) и сверхэластичной нитью из сплава никелид-титана, обладающего памятью формы (Приоритетная справка на изобретение № 2003106069/14).

Все исследования были выполнены в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных». В сроки 7, 14 суток, 1, 3 и 6 месяцев после проведения операции по 2 животных выводили из эксперимента.

Морфологические исследования слоев стенки пищевода, пищеводно-желудоч-

ного перехода в области искусственного НПС были выполнены в сроки от 7 суток до 6 месяцев. Биоптаты после соответствующей фиксации окрашивали пикрофуксином по Ван-Гизону. Акцент при морфологических исследованиях делался на фиброзные изменения в первую очередь в мышечных слоях и в подслизистой основе пищевода и пищеводно-желудочного перехода в области искусственного НПС. После фиксации препарата фрагмент нити из сплава никелид-титана осторожно удалялся из препарата, т.к. при проведении срезов без удаления нити из препарата повреждался микротом и деформировался сам препарат.

Характеристики используемой нити из сплава никелид-титана:

1. Напряжение деформации (прочность) нити толщиной 80 микрон до 1,5 кг
2. Гистерезисное напряжение тканей (величина деформации) — 8%
3. Обратимая возвратная деформация (эластичность) — 15%.

Результаты и их обсуждение

В эксперименте нами разработан способ формирования искусственного НПС спиралевидным непрерывным гофрирующим швом сверхтонкой (80 микрон) и сверхэластичной нитью из сплава никелид-титана, обладающего памятью формы. Способ осуществляется следующим образом:

Производят мобилизацию проксимальной части малой кривизны желудка по типу СПВ, 2-3 см дистальной части пищевода, дна желудка. Далее формируют искусственный НПС путём наложения непрерывного шва эластичной сверхтонкой нитью. Начинают шов в субкардиальном отделе на малой кривизне желудка, продолжая на правую стенку пищеводно-желудочного перехода и далее на заднюю стенку пищевода спиралевидно 2-3 витка в восходящем направлении. В общей сложности формируют 2-3 спирали общей высотой витков до 2 см. Затем шов продолжают в обратном нисходящем порядке спиралевидно до левой стенки пищеводно-желудочного перехода и на малую кривизну желудка к началу шва, где узел завязывают в состоянии натяжения (рис. 2). При наложении непрерывного шва дозированно натягивают нить до умеренного гофрирования (рис. 3).

В эксперименте на трупном органокомплексе пищевод — желудок и на оперированных собаках в сроки 1, 3 и 6 месяцев после проведения операции проводились пробы на проходимость пищевода в области искусственного НПС (рис. 4). В пищевод проводилась трубка диаметром 11 мм с раздуваемой воздухом

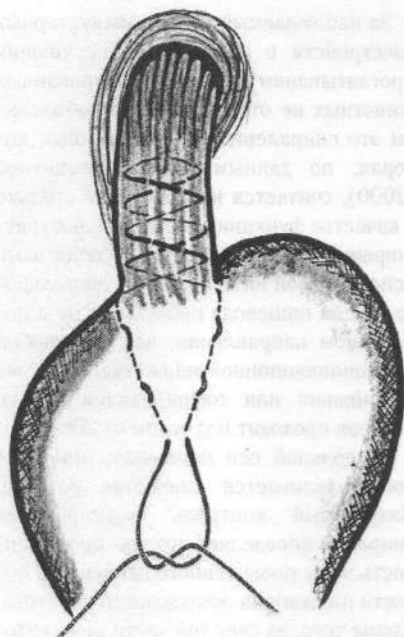


Рис. 2. Наложен непрерывный спиралевидный шов нитью из сплава никелид-титана, начало и завершение шва на малой кривизне в субкардиальном отделе

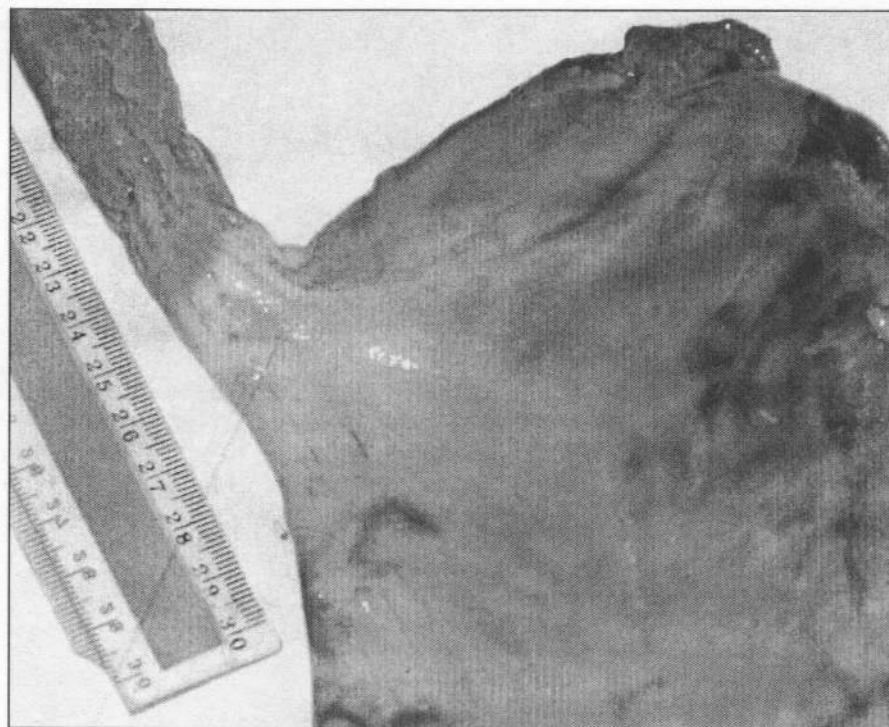


Рис. 3. При наложении непрерывного шва дозированно натягивают нить до умеренного гофрирования стенки пищевода

эластичной манжетой до 27 мм. При проведении трубки через зону искусственного НПС выраженного сопротивления не определялось. При раздувании манжеты до диаметра баллона, превышающего размер пищевода в области искусственного НПС вдвое, нить эластично растягивалась и при этом ни в одном случае не происходило её разрыва либо прорезывания через стенку пищевода.

В эксперименте на трупном органокомплексе пищевод — желудок и на оперированных собаках в сроки 1, 3 и 6 месяцев после проведения операции проводились пробы на антирефлюксные свойства искусственного НПС. Суть эксперимента состояла в следующем: через пилорический отдел желудка герметично воздухом нагнеталось давление до полного его наполнения. Первоначально измерялось давление, необходимое для преодоления сопротивления в области кардии, затем после пересечения волокон НПС и после формирования искусственного НПС. При сравнении показателей полученные следующие результаты. Необходимо наибольшее давление при неповрежденном НПС и наименьшее при его пересечении. После формирования искусственного НПС давление, необходимое для его преодоления, меньше показателей давления, необходимого для преодоления неповрежденной кардии, на 20 — 30%. При проведении аналогичного экспери-

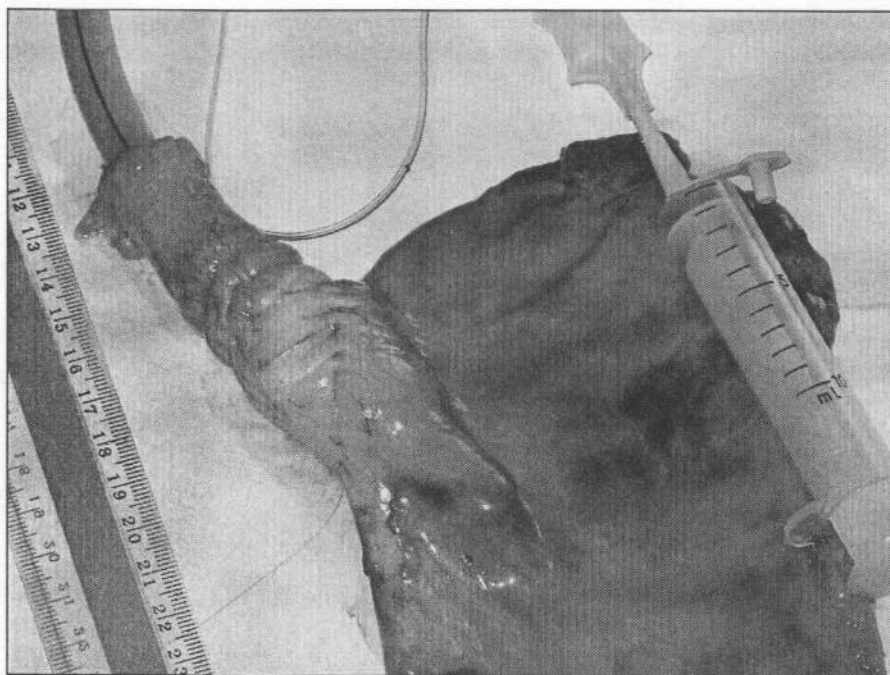


Рис. 4. Проба на проходимость пищевода в области искусственного нижнего пищеводного сфинктера. В пищевод установлена трубка с раздуваемой эластичной манжетой

мента на оперированных собаках в сроки 1, 3 и 6 месяцев после проведения операции получен подобный результат.

При операциях на собаках производилось измерение ширины пищевода до и после формирования искусственного

НПС. В сроки 7 суток, 14 суток, 1 месяца, 3 месяца, 6 месяцев повторно интраоперационно производилось измерение ширины абдоминального отдела пищевода, животные выводились из опыта, производили забор комплекса от с\3 пищевода

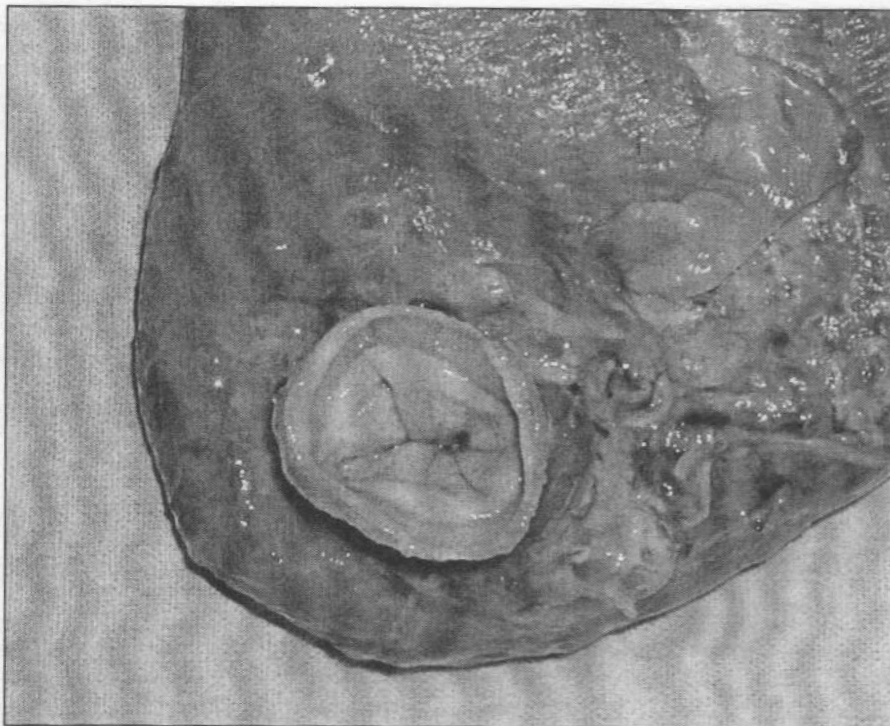


Рис. 5. Макропрепарат оперированного желудка собаки через 6 месяцев после операции. Выраженные рубцовые изменения в области проксимальных отделов желудка и кардии. Просвет пищевода сомкнут

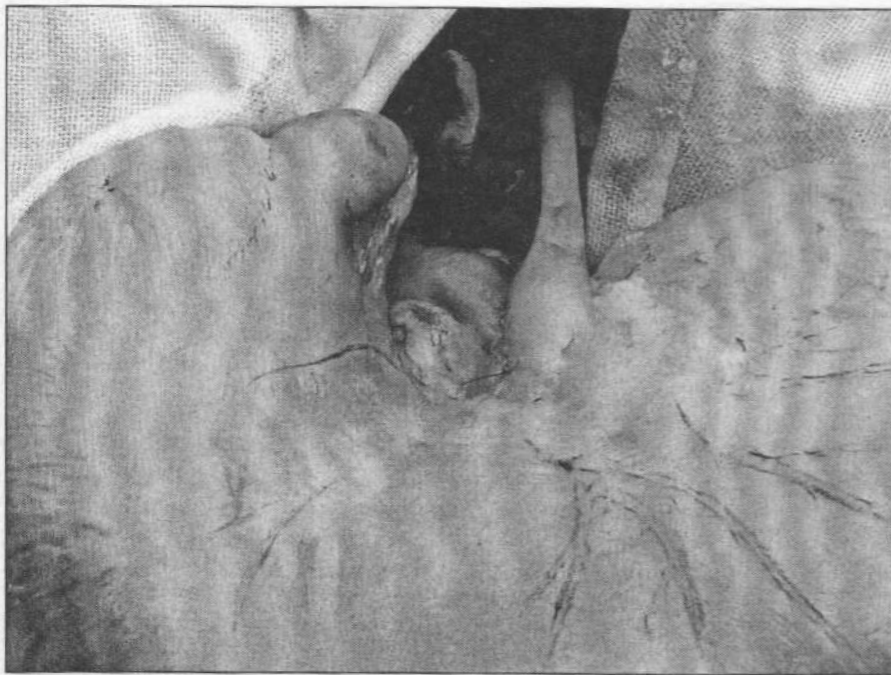


Рис. 6. Дистальный отдел пищевода и желудок кролика. Нить из сплава никелид-титана имплантирована в стенку пищевода, пищеводно-желудочного перехода кролика

и весь желудок. В сроки более 3 месяцев нить макроскопически на препарате визуализировать на поверхности стенки пищевода не удавалось. Измерение ширины абдоминального отдела пищевода до и после операции показало, что во всех случа-

ях ширина после операции уменьшалась на 2-4 мм. Однако дальнейшего сужения в отдаленные сроки не происходило. Зона пищеводно-желудочного перехода в области искусственного НПС у всех собак сохраняла свою проходимость.

За наблюдаемый период эвакуаторных расстройств в виде рвоты, нарушения проглатывания пищи у оперированных животных не отмечалось. Мы объясняем это спиралевидной формой шва, которая, по данным Л.Л. Колесникова (2000), считается идеальной не столько в качестве функции сжатия, сколько расширения при расслаблении и свойствами используемой нити. Сужение дистального отдела пищевода происходит не в поперечном направлении, как при любой фундопликационной манжетке, а за счет сбиривания или гофрирования нитью, которая проходит под углом от 30° до 45° к продольной оси пищевода; при этом восстанавливается слизистая розетки. Визуальный контроль формирования спиралей определяет точную протяженность зоны повышенного давления в области пищеводно-желудочного перехода. Кроме того, за счет той части шва, которая в виде уздечки охватывает по задней поверхности кардию, восстанавливается или удерживается угол Гиса — тем самым моделируется петля Гельвеция.

Необходимо отметить, что интересующая нас зона пищеводно-желудочного перехода у собак имеет свои отличительные анатомические особенности:

1. Практически отсутствует абдоминальный отдел пищевода, т.е. в брюшную полость даже при тракции за желудок нельзя низвести пищевод.

2. Диафрагма по передне-боковым поверхностям пищеводно-желудочного перехода распространяется до уровня кардии. Таким образом, при мобилизации проксимальных отделов желудка и необходимости выделения 1-2 см пищевода возникает необходимость остро отделять диафрагму от пищевода, что приводит к стволовой ваготомии и весьма травматично для пищевода.

3. По задне-боковым поверхностям пищеводно-желудочного перехода интимно прилежат синусы и, как правило, при мобилизации пищевода происходит их вскрытие, что создает проблемы как на этапе операции, так и в послеоперационном периоде. Все вышеперечисленное приводит к достаточно выраженным фиброзным изменениям в области оперативного вмешательства и не позволяет объективно оценить морфологические изменения и реакцию тканей стенки пищеводно-желудочного перехода на нить (рис. 5).

Для достижения этой цели проведены дополнительно эксперименты на 10 кроликах, т.к. анатомические особенности зоны интереса у этих животных совершенно иные и свободно доступны (рис. 6). За наблюдаемый период эвакуатор-

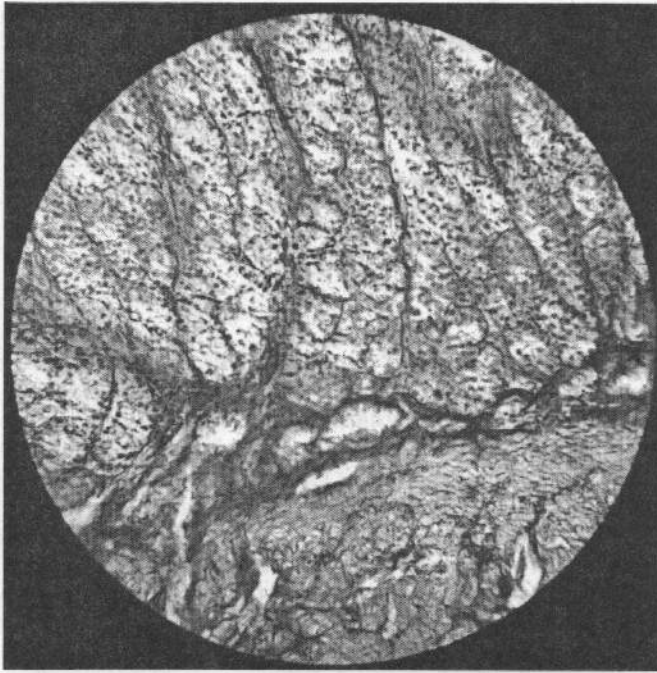


Рис. 7. Микропрепарат оперированного пищеводно-желудочного перехода кролика (6 месяцев после операции), продольный срез подслизистой основы, донные отделы желез, окраска пикрофуксином по Ван-Гизону, +360. Подслизистый слой с умеренно полнокровными сосудами, отсутствует огрубление стромального компонента, сохранена стратификация слоёв

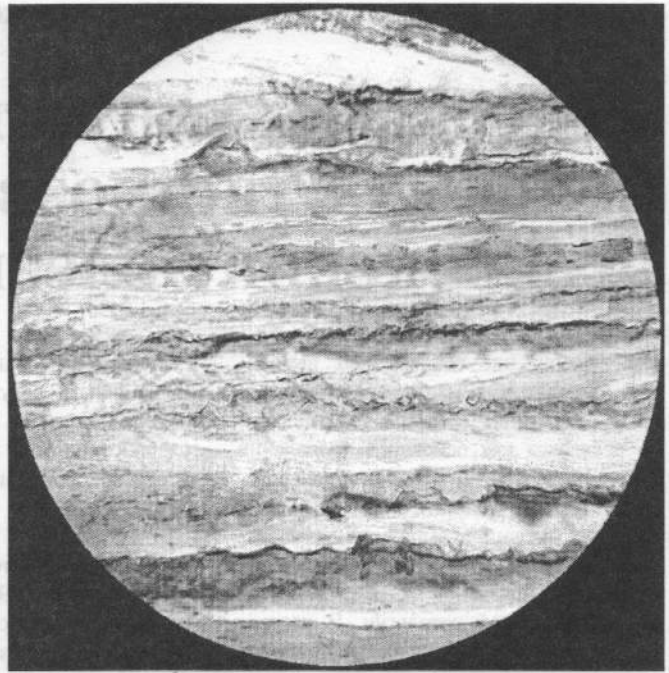


Рис. 8. Микропрепарат оперированного пищеводно-желудочного перехода кролика (6 месяцев после операции), продольный срез мышечной оболочки, окраска пикрофуксином по Ван-Гизону, +360. Отсутствует огрубление стромального компонента

ных расстройств у кроликов в виде рвоты, нарушения проглатывания пищи не отмечалось.

Оценка морфологических изменений слоёв стенки пищевода с акцентом на изменения структуры стенки пищевода и пищеводно-желудочного перехода вблизи нити показала развитие последовательных фаз раневого асептического воспаления в непосредственной близости к нити в первые 30 суток после операции и отсутствие альтеративного компонента, обусловленного отсутствием выраженной рубцовой трансформации мышечной оболочки и подслизистой основы в отдаленный период после операции (рис. 7, 8).

Почему нить из сплава никелид-титана? Основное требование к материалу, который нас интересовал — эластичность, эффект резиноподобности. Кроме значительной эластичности при толщине нити в 80 микрон и менее, этот материал имеет свойство памяти формы и практически бесконечной износостойкости, что определило наш выбор.

Выводы:

1. Разработанный в эксперименте способ формирования искусственного НПС спиралевидным непрерывным гофриру-

ющим швом сверхтонкой (80 микрон) и сверхэластичной нитью из сплава никелид-титана, обладающего памятью формы, можно рекомендовать к применению в клинике у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, сопровождающейся снижением антирефлюксной функции НПС.

2. Полученные данные динамики гистологической картины структур стенки пищевода в области искусственного НПС свидетельствуют об отсутствии фиброзных изменений слоёв стенки пищеводно-желудочного перехода.

3. В эксперименте показано, что пищевод в области искусственного НПС сохраняет проходимость и пропульсивную способность.

4. Разработанный способ антирефлюксной операции с моделированием искусственного НПС обеспечивает создание зоны повышенного давления, что отвечает основным требованиям, предъявляемым к антирефлюксным операциям.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Байтингер В.Ф. Сфинктеры пищеварительного тракта / Сибирский медицинский университет. — Томск, 1994. — 208 с.

2. Колесников Л.Л. Сфинктерный аппарат человека // СПб., СпецЛит. — 2000. — 183 с.

3. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Москва. — 1999. — 189 с.

4. Сакс Ф.Ф., Байтингер В.Ф., Медведев М.А., Рыжов А.И. Функциональная морфология пищевода. — М.: Медицина, 1987. — 173 с.

5. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М., Медицина. — 2000. — 320 с.

ЭТО ИНТЕРЕСНО!

Желудок ежедневно вырабатывает примерно 1,5 литра желудочного сока. Печень — 1 литр желчи.

Леони Д., Берте Р., 1997

Результаты хирургического лечения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Появление современных высокоэффективных препаратов для лечения гастроэзофагеальной рефлюкса как основного проявления грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), травматичность антирефлюксных операций, выполняемых из лапаротомного доступа, привели к резкому снижению показаний к хирургическому лечению этой патологии. В настоящее время лапароскопические операции входят в повседневную практику оперативного лечения пациентов с ГЭРБ, что в определенной степени решило проблему улучшения качества жизни пациента в раннем послеоперационном периоде [3, 5, 8, 10, 11]. Несмотря на то, что, по мнению большинства хирургов, “золотым стандартом” в антирефлюксной хирургии остается фундопликация по Nissen [3, 9, 10, 11], поиски оптимального вмешательства продолжают. В их основе лежит желание свести к минимуму неблагоприятные последствия операции, наиболее серьезным из которых является дисфагия, частота которой, по разным данным, колеблется от 6 до 42% [5, 8, 12–14], что у ряда больных требует повторной операции. В связи с этим остается актуальной проблема поиска малоинвазивного оперативного вмешательства, надежно восстанавливающего антирефлюксную функцию кардии с одной стороны и в наименьшей степени влияющей на пропульсивную способность пищевода, с другой стороны.

Многие авторы сходятся во мнении, что изучение качества жизни больных с одной нозологической формой заболевания, для лечения которых используют различные хирургические методы, позволяет выработать лучшую тактику лечения [1]. В настоящее время стала реальной и необходимой возможность достоверного определения преимуществ того или иного метода лечения, исходя из качественных характеристик его результатов, таких как изменение самочувствия пациента, чувства удовлетворения жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах, находящихся на стыке научного подхода хирургов и субъективной точки зрения пациента [2, 7].

Цель исследования — изучение функциональных результатов и качества жизни пациентов с ГЭРБ до и после разработанного в клинике способа антирефлюксной лапароскопической операции.

Материал и методы

За период с 1999 по 2004 годы в клинике 96 пациентам с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы выполнена лапароскопическая фундопликация, 10 (10,4%) в модификации Toupet, 86 (89,6%) — в модификации клиники — с формированием в области пищеводно-желудочного перехода дополнительного замыкательного механизма. 10 операций в модификации Toupet были выполнены на начальном этапе освоения малоинвазивного способа. Продолжительность заболевания колебалась от 2 до 35 лет. Мужчин было 40 (41,6%), женщин 56 (58,4%), в возрасте от 29 до 68 лет. По поводу скользящей ГПОД оперированы 88 (91,6%) пациентов, фиксированной — 4 (4,2%), параэзофагеальной ГПОД — 4 (4,2%). У 16 (16,6%) пациентов ГПОД была осложнена дистальным рефлюксом — эзофагитом I степени, у 69 (71,9%) — II степени, у 9 (9,4%) — III степени, у 2 (2,1%) — IV степени (классификация Savary-Miller). Пациентов с ожирением III — IV степени было 18 (18,7%) — во всех случаях удалось адекватно мобилизовать пищевод. У 26 (27,1%) пациентов произведена задняя крурорафия. Показаниями к лапароскопической фундопликации (ЛФ) были параэзофагеальные ГПОД (n = 4), осложненные формы ГПОД (пептическая язва пищевода, метаплазия Баррета, хронические пищеводные кровотечения и как следствие — железодефицитная анемия (n = 16)). У 34 больных были диагностированы ГПОД в сочетании с хроническим калькулезным холециститом (n = 19) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (n = 15), причем у всех пациентов отмечался синдром желудочно-пищеводной регургитации. Неэффективность консервативной терапии в течение 8 недель, возобнове-

ние симптомов ГЭРБ сразу по завершении курса консервативной терапии послужили основанием для хирургического лечения (n = 42). Внепищеводные проявления ГЭРБ (бронхиальная астма) наблюдались у двух пациентов.

62 (64,5%) пациентам до операции и в сроки от 1,5 месяца до 1 года после операции выполнены функциональные исследования и исследование качества жизни.

В диагностике заболевания использовали как клинические, так и инструментальные методы исследования. Кратковременная внутрижелудочная pH — метрия проводилась на аппарате «Ацидогастрометр АГМ-05К» в модификации «Гастроскан-5». Продолжительная (24-часовая) pH-метрия проводилась с использованием суточного портативного ацидогастронометра АГМ-24 МП (ГАСТРОСКАН-24). Для проведения эндоскопической pH-метрии использовался ацидогастрометр АГМ-01. Исследование проводили спустя 2 недели после отмены противосекреторных препаратов, натошак. Для проведения стационарной манометрии применялась мультисенсорная (12 каналов) система (Poligraf ID) — оценивались следующие показатели: общая длина НПС, длина его абдоминальной части, давление покоя, наличие периодов преходящей релаксации, способность НПС к расслаблению при глотании, амплитуда, продолжительность сокращений пищевода, доля нормальной и измененной перистальтики при глотках. Всем пациентам за 48 часов до исследования отменялись препараты, оказывающие влияние на тонус нижнего пищеводного сфинктера: нитраты, блокаторы кальциевых каналов, прокинетики, H₂-блокаторы, анальгетики, антидепрессанты. УЗИ пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки проводилось на аппарате «Алока SSD-2000». Наряду с традиционным ЭГДС применялась эндоскопическая ультрасонография пищевода (ЭУС). ЭУС, по нашим данным, является объективным методом в диагностике степени рефлюкс-эзофагита, выраженности степени фиброзных изменений слоёв стенки пищевода в области нижнего пищеводного сфинктера.

Этот метод позволяет дифференцировать рубцовые изменения в области НПС от воспалительных, а также степень их выраженности.

До и после операции всем пациентам определялся уровень качества жизни при помощи специализированного опросника GIQLI, включающего 36 вопросов. Все вопросы разделены на 5 категорий: восприятие своего здоровья, психическое состояние, физическое состояние, социальное и ролевое функционирование. Максимальная сумма баллов, набранная респондентом, называется гастроинтестинальный индекс (ГИИ) и равна 144,0. В группе контроля (здоровые респонденты, $n = 25$) ГИИ составил 136,0 баллов. Распределение баллов по категориям в группе контроля следующее: восприятие своего здоровья — 72,3 балла, психическое состояние — 18,5, физическое состояние — 25,6, социальное функционирование — 15,6 и ролевое функционирование — 4,0.

Статистическую обработку данных проводили при помощи STATISTIKA 6.0., определяли средние значения и стандартные отклонения. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Нами разработан в эксперименте и внедрен в клинику способ лапароскопического моделирования искусственного нижнего пищеводного сфинктера (ИНПС) сверхтонкими (80 микрон) и сверхэластичными нитями из сплава никелид-титана с эффектом памяти формы (Положительное решение на изобретение от 12.08.03 2003106069/14).

Способ осуществляется следующим образом: после введения в брюшную полость 5 троакаров производят мобилизацию проксимальной части малой кривизны желудка по типу СПВ, 4-5 см дистальной части пищевода, дна желудка. Далее формируют искусственный НПС путём наложения непрерывного шва эластичной сверхтонкой нитью. Начинают шов в субкардиальном отделе на малой кривизне желудка, продолжая на правую стенку пищеводно-желудочного перехода и далее на заднюю стенку пищевода спиралевидно 2-3 витка по ходу циркулярных мышечных волокон пищевода в восходящем направлении. В общей сложности формируют 2-3 спирали общей высотой витков до 3 см. Затем шов продолжают в обратном нисходящем порядке спиралевидно до левой стенки пищеводно-желудочного перехода и на малую кривизну желудка к началу шва, где узел завязывают интракорпорально (рис 1). При наложении непрерывного шва дозированно натягивают нить до определенного давления, создаваемого в области искусственного НПС, равного 22-25

мм.рт.ст. Интраоперационное измерение давления в области искусственного НПС производится по методу Оскреткова В.И. [6]. Способ завершается эзофагофундографией путем наложения 2-3 швов по правой и левой стенке пищевода с целью формирования угла Гиса и клапана в области кардиальной вырезки (рис. 2).

Результаты и их обсуждение

Время операции составило в среднем 110 минут, этап формирования искусственного НПС — 20 минут. Специфических осложнений во время операции, связанных с формированием спиралевидного шва, не отмечалось. До операции у всех пациентов ГИИ был снижен и равен 83,3 балла. Данная величина обусловлена низким уровнем всех категорий составляющих GIQLI, особенно обращали на себя внимание результаты восприятия своего здоровья (35,2 балла) и психического состояния (10,2 балла). Выявили четкую корреляцию между выраженностью симптомов (изжоги, отрыжки, дисфагии) и степенью угнетенности, раздражительности, неудовлетворенности жизнью. Физическое состояние в наибольшей степени страдает у пациентов, выполняющих работу внаклон. В значительной степени страдает социальное функционирование (затруднены контакты в коллективе, с родственниками, необходимость и одновременно невозможность из-за высокой стоимости проведения адекватной современной консервативной терапии ГЭРБ). 45% пациентов отмечали нарушения сна, 23% — нарушения в сексуальной сфере.

В группе пациентов, оперированных в модификации Toupet [10], у 2 (20%) пациентов в сроки 5 и 7 месяцев после операции отмечен рецидив симптомов заболевания в виде изжоги и достаточно выраженной отрыжки, что сопровождалось значительным снижением качества жизни; ГИИ был несколько выше, чем до операции, но значительно меньше, чем в контрольной группе, и составил соответственно 86,2 и 88,4 баллов. Ретроспективный анализ (просмотр видеозаписи операции) показал, что одна из наиболее вероятных причин рецидива ГПОД после операции (недостаточная мобилизация пищевода и как следствие не восстановленная абдоминальная позиция) у этих пациентов отсутствовала. Признаков нарушения эвакуации из желудка и ДПК, по данным рентгенологического и трансабдоминального УЗИ, не было. Манометрическое давление в области НПС у этих пациентов составило: 10,4 и 7,8 мм.рт.ст. до операции и 11,7 и 10,1 мм.рт.ст. после операции, протя-

женность нижней пищеводной зоны высокого давления (НПЗВД): 2,5 см и 1,8 см до операции и 2,8 см и 3,2 см после операции. По данным ЭУС пищевода, сохранялся рефлюкс-эзофагит (РЭ) II степени, что потребовало назначения консервативной терапии. У остальных 8 пациентов после операции в модификации Toupet достаточно часто ($n=4$) отмечалась отрыжка, что также отражалось на качестве жизни и составило 102 ± 5 баллов. Данная величина обусловлена низким уровнем восприятия своего здоровья. Давление в области НПС среди 8 пациентов до операции было ниже нормы не у всех: у 5 пациентов оно составило $13,8 \pm 4,5$ до операции и $18,7 \pm 2,4$ мм.рт.ст. после операции. Протяженность НПЗВД среди 4 пациентов, у которых она была ниже нормы, возросла на $1,8 \pm 0,4$ см после операции. Таким образом, причиной рецидива заболевания у 2 пациентов явилось отсутствие зоны повышенного давления в области НПС после операции, что, собственно, и послужило мотивом разработки оригинального способа антирефлюксной операции.

В группе оперированных с формированием спиралевидного шва через 1,5 месяца после операции обследовано 58 (60,4%) пациентов. У 1 пациента в течение 2-3 недель отмечалась легкая дисфагия, которая самостоятельно купировалась к моменту обследования. Давление в области НПС у пациентов этой группы увеличилось на $12,5 \pm 4,5$ мм.рт.ст. в сравнении с дооперационным. Протяженность нижней пищеводной зоны высокого давления после операции: $3,4 \pm 0,5$ см., существенных нарушений амплитуды и продолжительности сокращений пищевода не отмечено. При этом ГИИ увеличился до 108,5 балла, изменились и результаты по категориям. Значительно вырос показатель субъективного восприятия своего здоровья (до 53,2 балла), однако не достиг уровня контрольной группы. Улучшились результаты психического и физического состояния. Пациенты отметили улучшение настроения, нормализацию сна и трудовой деятельности.

Через 1 год после операции обследовано 49 (51%) пациентов. Давление в области НПС у этих пациентов составило $25,7 \pm 4,4$ мм.рт.ст., протяженность НПЗВД — $2,9 \pm 0,4$ см. Динамика ГИИ следующая: 6 месяцев операции — 118,6 балла, 1 год — 120,2 балла, значимых отклонений по категориям не выявлено. Показатели по всем категориям стали выше предыдущего уровня, особенно отмечен значительный рост по шкалам «восприятие своего здоровья» и «психическое состояние».

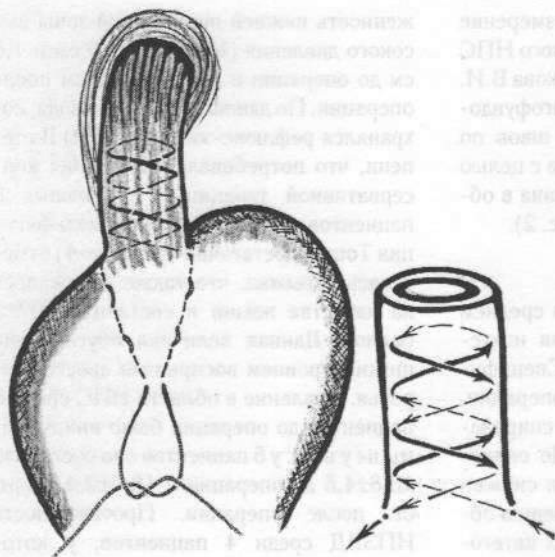
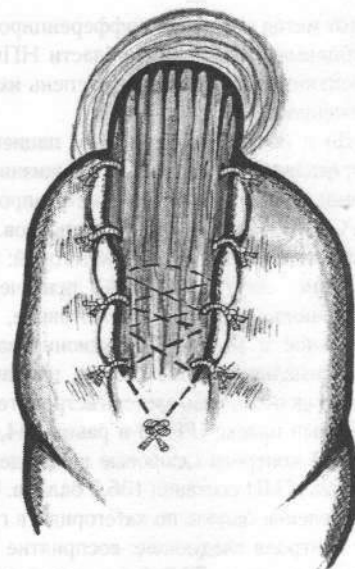


Рис. 1. Наложен непрерывный спиралевидный шов нитью из сплава никелид-титана. Начало и завершение шва на малой кривизне в субкардиальном отделе желудка. Внизу — схема шва

Рис. 2. Окончательный вид лапароскопической фундопликации с формированием искусственного нижнего пищевода сфинктера



При обсуждении послеоперационной дисфагии многими авторами [3, 12–14] акцентируется внимание на следующих моментах: способность зоны нижнего пищевода сфинктера к расслаблению при глотании, исходные нарушения перистальтики пищевода, протяженность фундопликационной манжетки и зоны повышенного давления, исходная степень выраженности рефлюкс-эзофагита, динамика после операции и связанные с этим нарушения перистальтики пищевода. Мы согласны с мнением, что фундопликация в той или иной степени уменьшает способность зоны пищевода-желудочного перехода к расслаблению при глотании. По нашим данным, у 92,3% пациентов давление НПС в момент максимальной релаксации после операции увеличилось. После операции в модификации Toupet — в меньшей степени, после операции с формированием ИНПС — в большей ($p < 0,05$), однако это не приводило к нарушениям пропульсивной способности пищевода. Мы объясняем это спиралевидной формой шва, которая, по данным Л.Л. Колесникова (2000), считается идеальной не столько в качестве функции сжатия, сколько расширения при расслаблении и свойствами используемой нити. При формировании искусственного НПС происходит сужение пищевода-желудочного перехода, кардии, которая, как правило, при ГПОД расширена [4], причем сужение происходит не в поперечном направлении, как при любой манжетке, а за счет сбиривания или гофрирования нити, которая проходит под углом от 30° до 45° к продольной оси пищевода, при этом восстанавливается слизистая розетки. Визуальный контроль формирования спиралей определяет точную протяженность зоны повышенного давления в области пищевода-желудочного перехода, как правило, не превышающая 3 см.

Выводы:

1. У пациентов с выраженной симптоматикой недостаточности замыкательной функции кардии значительно снижен как гастроинтестинальный индекс, так и показатели уровня качества жизни по всем категориям. Отмечается положительная динамика уровня качества жизни сразу после оперативного лечения пациентов, а также по мере увеличения срока, прошедшего от вмешательства.
2. У пациентов с исходным пониженным давлением в области НПС неполная фундопликация в модификации Toupet не создает надежного арефлюксного механизма и является причиной рецидива заболевания и снижения качества жизни в послеоперационном периоде у 20% пациентов.
3. После операции с формированием искусственного НПС в области пищевода-желудочного перехода формируется зона повышенного давления, при этом релаксация кардии снижается незначительно, что является профилактикой дисфагии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациента после хирургического лечения // Хирургия 2000. — №1. — С. 64-67.
2. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. — 2000. — Т. 2. — № 1-2. — С. 25-28.
3. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Москва. — 1999. — 189 с.
4. Колесников Л.Л. Сфинктерный аппарат человека // СПб., СпецЛит. — 2000. — 183 с.
5. Оскретков В.И., Ганков В.А. Результаты хирургической коррекции недостаточности замыкательной функции кардии // Хирургия. — 1997. — №8. — С. 43-46.

6. Оскретков В.И., Ганков В.А., Климов А.Г. Видеолапароскопическая дозированная коррекция кардии при её недостаточности // Эндоскоп. хир. — 2000. — №2. — С. 49-50.

7. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни // Клин. медицина. — 1989. — № 9. — С. 3-8.

8. Пучков К.В., Гаусман Б.Я., Филимонов В.Б. Сравнительная оценка открытой и лапароскопической фундопликации в лечении рефлюкс-эзофагита // Эндоскоп. хир. — 1997. — №1. — С. 88-89.

9. Ривкин В.Л. Лапароскопическая фундопликация. Международный конгресс по эндоскопической хирургии, 5-й: Тезисы. Эндоскоп. хир. — 1998. — №1. — С. 34-36.

10. Федоров В.Д., Кубышкин В.А., Корняк Б.С., Азимов Р.Х., Чернова Т.Г., Калганова И.П. Отдаленные результаты лапароскопических вмешательств у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Эндоскоп. хир. — 1999. — №2. — С. 68.

11. Сигал Е.И., Бурмистров М.В., Петрунин В.М. Преимущества лапароскопической фундопликации при грыжах пищевода отверстия диафрагмы перед традиционной открытой // Эндоскоп. хир. — 1998. — №1. — С. 49.

12. Шмакова Е.А., Мосунов А.И., Анищенко В.В. Функциональные нарушения после фундопликации // Эндоскоп. хир. — 2003. — №1. — С. 157-158.

13. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М., Медицина. — 2000. — 320 с.

14. Anvari M., Allen C., Incidence of dysphagia following laparoscopic Nissen fundoplication without division of short gastric vessels // Surg. Endosc. — 1996. — №10. — P. 199.

Раздел II. Хирургия язвенной болезни

В.И. ОНОПРИЕВ, О.С. ТОКАРЕНКО, И.Б. УВАРОВ
РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ, КРАСНОДАР

Органосохраняющие хирургические технологии лечения язвенной болезни желудка

До настоящего времени основным методом хирургического лечения язвенной болезни желудка остается дистальная резекция органа в различных вариантах и модификациях. Удаление пилорического жома и антрального отдела желудка нарушает морфо-функциональные связи гастродуоденального комплекса, трансформирует механизмы эвакуации и секреции, приводит к развитию демпинг-синдрома, диареи, рефлюкс-гастрита, а также выраженным атрофическим и диспластическим изменениям в слизистой оболочке культи желудка.

В Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) ведутся исследования по разработке оптимального способа лечения язв желудка с высокой надежностью оперативного вмешательства и физиологичностью. Хирургические технологии, объединяемые понятием «радикальная гастропластика» (РГП), направлены на денервацию кислотопродуцирующих

проксимальных отделов желудка, удаление проксимальной части малой кривизны, восстановление всех арефлюксных компонентов кардии, разобщение кислотопродуцирующего отдела желудка от ошелачивающего. Эти новые технологии позволяют компенсировать нарушенные вследствие развития язвенной болезни функции гастродуоденального комплекса (ГДК) и восстановить качество жизни (КЖ) оперированных пациентов.

Цель работы

Повышение эффективности хирургического лечения язвенной болезни желудка, клиничко-физиологическая оценка отдаленных результатов применения способа РГП и изучение КЖ прооперированных пациентов.

Материал и методы

Работа основывается на результатах клиничко-функционального исследования 70 пациентов с язвенной болезнью желудка в возрасте от 26 до 73 лет, опери-

рованных в плановом порядке в РЦФХГ с 1992 по 1998 г. Больные были разделены на следующие группы:

I группа — 46 пациентов (37 мужчин и 9 женщин), которым была выполнена РГП по Оноприеву В.И. по поводу язвенной болезни желудка;

II группа — 24 пациента (20 мужчин и 4 женщины), перенесших медиальную резекцию желудка (МРЖ) с сохранением антральной иннервации и кровоснабжения.

Пациентам проводилось комплексное обследование, которое включало фиброгастродуоденоскопию, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, исследование желудочной секреции аспирационным методом, исследование моторной функции желудка методом открытых катетеров и морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка.

Разработанная проф. В.И. Оноприевым и применяемая в клинике технология радикальной гастропластики заключается в следующем.

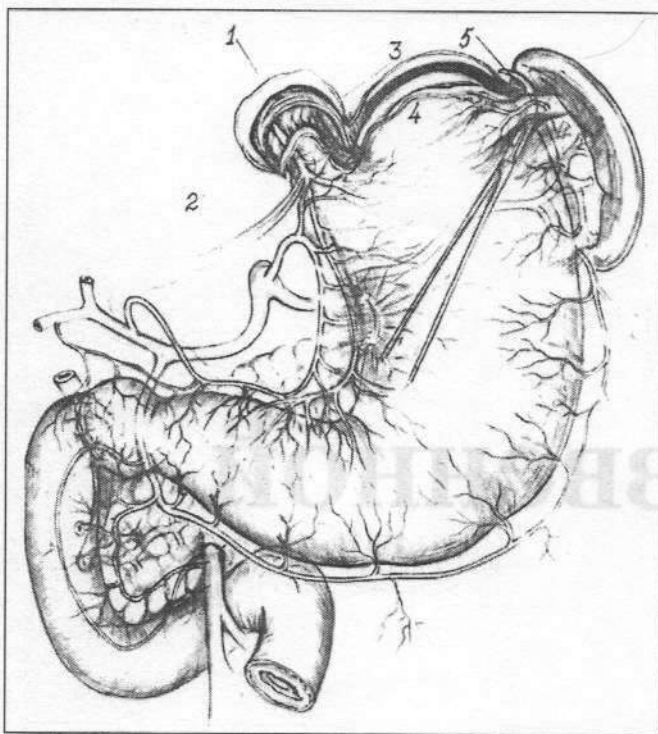


Рис. 1. Скелетированы передняя полуокружность пищевода отверстия диафрагмы (1), его правая (2) и левая (3) ножки. Мобилизовано дно желудка (4), выделена 1-я короткая артерия желудка (5)

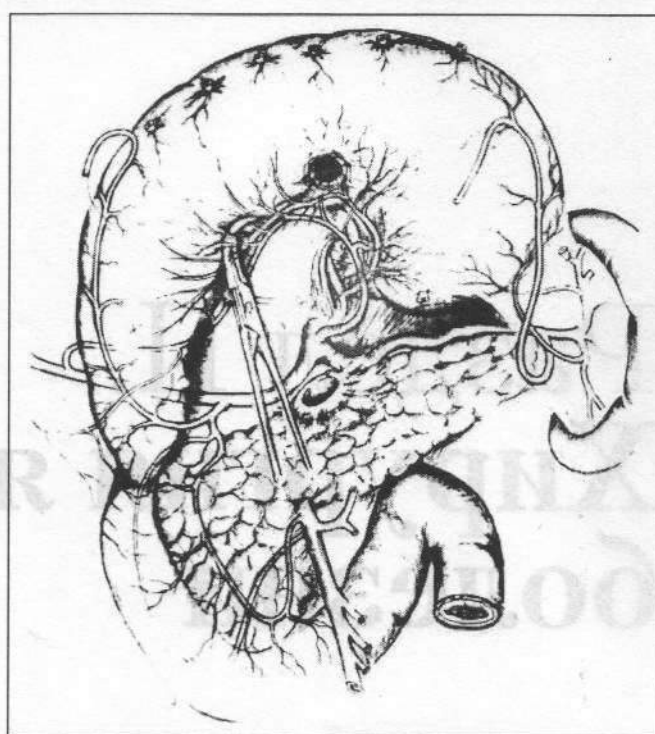


Рис. 2. Скелетирование задней стенки проксимальной части малой кривизны желудка

Операция начинается с прецизионной мобилизации по типу селективной проксимальной ваготомии (СПВ) пищевода отверстия диафрагмы, абдоминального отдела пищевода, кардии и дна желудка с сохранением расположенных в желудочно-селезеночной связке коротких желудочных сосудов (Рис. 1). Малая кривизна скелетируется сверху вниз до уровня рубцового сращения или инфильтрата вокруг язвы, а затем снизу вверх до нижнего края рубцовых сращений выше места вхождения первой веточки дистальной «гусиной лапки» нерва Латарже. Пересекаются сосуды и нервы только переднего и среднего листков малого сальника, входящих в переднюю стенку тела желудка.

На следующем этапе мобилизуется большая кривизна в соответствии с объемом сегментарной резекции с сохранением основных стволов желудочно-сальниковых сосудов. Через образованное окно со стороны задней стенки желудка под визуальным контролем сохранности заднего нерва Латарже и его дистальной «лапки» скелетируется задний листок малого сальника вне зоны язвенной инфильтрации (Рис. 2).

Далее пересекается желудок по границе тело-антрум (Рис. 3). Проксимальная линия резекции идет углообразно, унося проксимальную часть малой кривизны от

кардин до угла желудка с таким расчетом, чтобы из сохраняемого участка большой кривизны тела сформировать строго цилиндрическую трубку длиной 6-8 см и диаметром 2-2,5 см.

Перед наложением гастро-гастроанастомоза выполняется пластическое восстановление арефлюксной кардии. Первый шов-связка располагается на уровне основания левой ножки диафрагмы, второй — на уровне середины обеих ножек диафрагмы, третий шов-связка — на уровне основания правой ножки диафрагмы и четвертый — по центру средней линии пищевода отверстия диафрагмы (Рис. 4). Необходимость этого этапа объясняется, во-первых, частым сочетанием язвенной болезни желудка с недостаточностью кардии, грыжей пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) и рефлюкс-эзофагитом, а, во-вторых, технологическими особенностями самой операции.

После создания эзофаго-кардио-фундального клапана и формирования малой кривизны проксимальной культы желудка накладывается гастро-гастральный (корпоро-антральный) анастомоз с предварительным ушиванием культы антрального отдела со стороны малой кривизны до диаметра сформированной трубки, при МРЖ — во весь просвет антрального отдела. Корпоро-антральный желу-

дочный анастомоз методом боковой инвагинации с помощью 5 — 6 отдельных узловых серозно-мышечных швов, прошивающих стенки антрального отдела и желудочной трубки, погружается в антральный отдел (Рис. 5).

Результаты и обсуждение

Анализ данных эндоскопического исследования показал, что у пациентов II группы чаще был диагностирован эзофагит, недостаточность кардии, ГПОД и дуодено-гастральный рефлюкс (ДГР). Изменение состояния слизистой оболочки (СО) фундального отдела в I группе в основном носило катаральный характер, во II группе чаще наблюдался атрофический гастрит по сравнению с I группой. Эндоскопически зияние привратника выявлено достоверно ($p < 0,05$) чаще у больных II группы.

По данным морфологического исследования СО желудка, у всех больных в отдаленном послеоперационном периоде выявлен хронический гастрит как в фундальном, так и в антральном отделах желудка. В фундальном отделе активность хронического гастрита и выраженность атрофических изменений достоверно выше были выявлены во II группе ($p < 0,05$) по сравнению с I группой. Метаплазия в СО желудка отсутствовала во II группе.

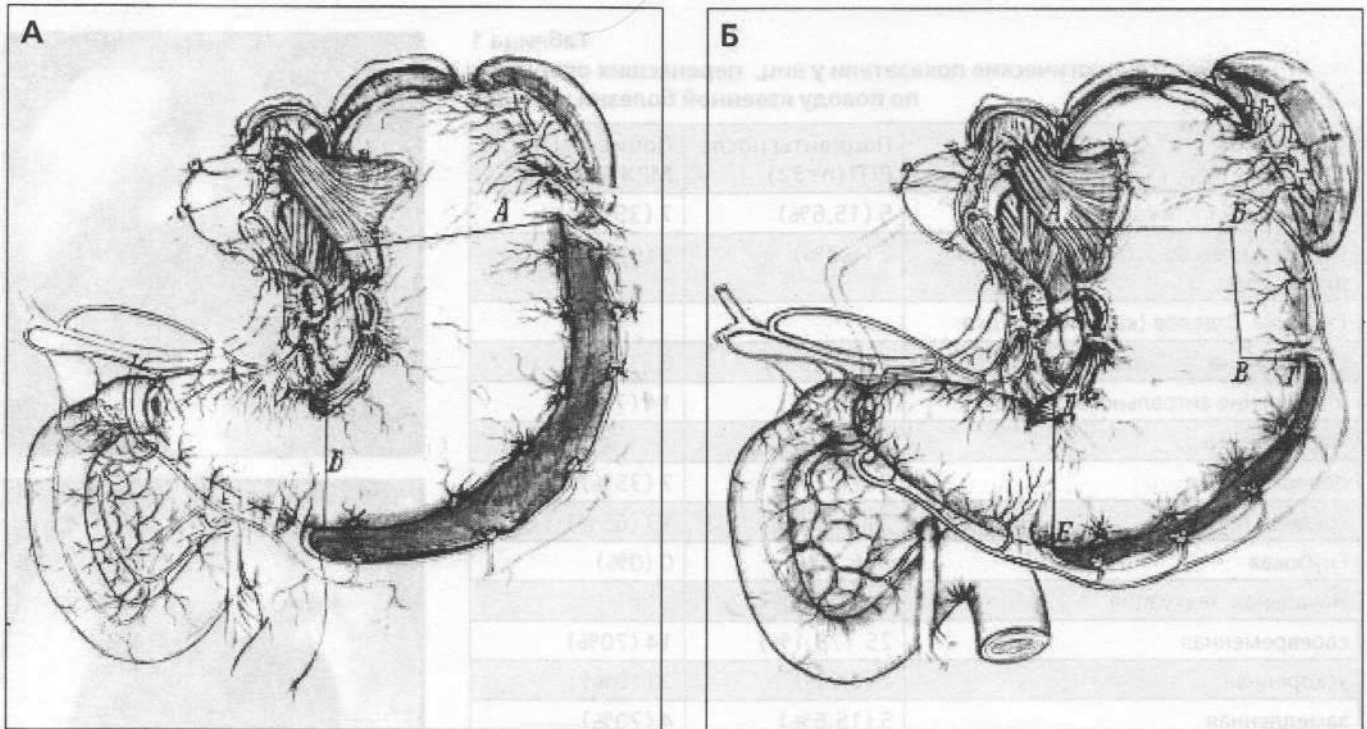


Рис. 3. Границы мобилизации и резекции тела желудка при медиальной резекции (а) и радикальной гастропластике (б)

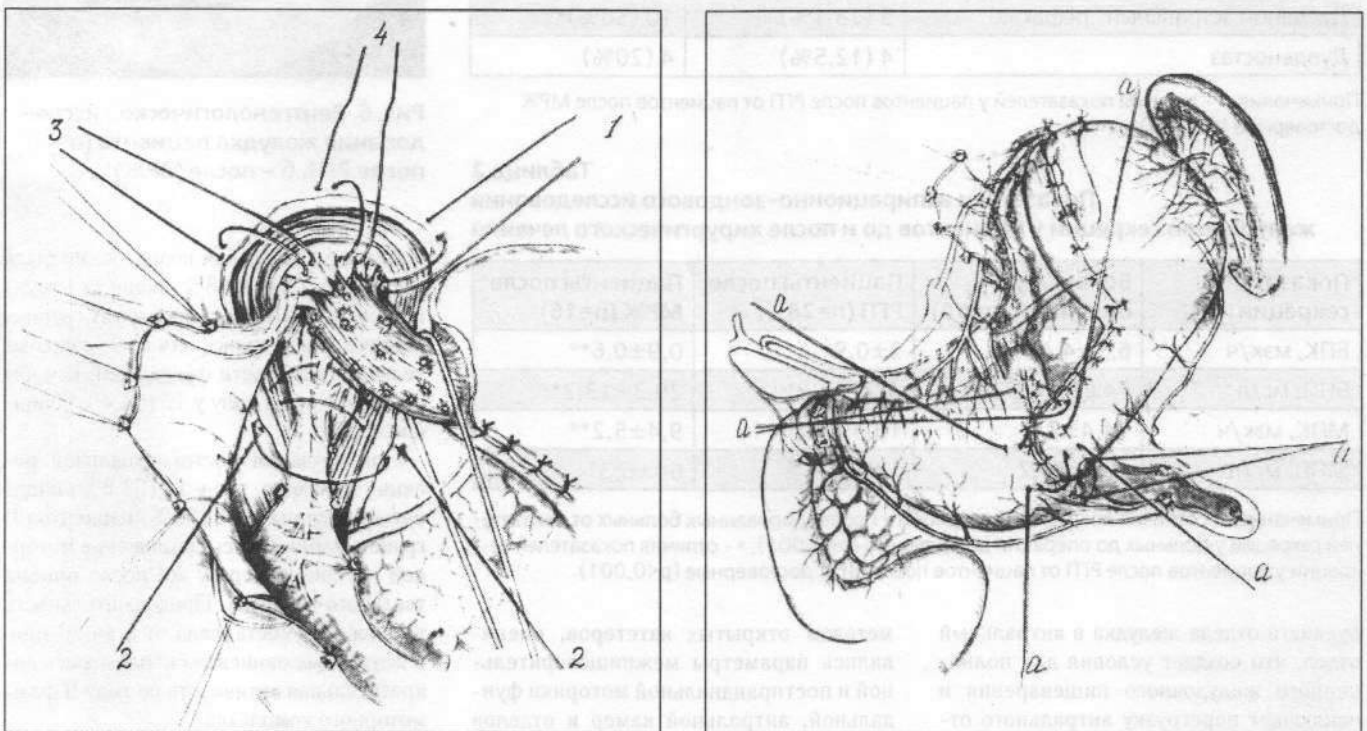


Рис. 4. Восстановление арефлюксной кардии. 1 – шов-связка, в который захвачено дно желудка; 1' – шов, формирующий угол Гиса; 2, 3, 4 – швы-связки

Рис. 5. Инвагинация дистальной части желудочной трубки вместе с анастомозом в просвет антрального отдела серозно-мышечными швами: а – инвагинирующие швы

В антральном отделе желудка хронический гастрит имел иное распределение по клиническим группам. Достоверных отличий по всем исследуемым показателям не выявлено.

При рентгенологическом исследовании у пациентов после РГП визуализируются 2 отдела-камеры желудка, соединенные между собой трубкой (Рис. 6). Результаты рентгенологического

исследования ЖКТ представлены в таблице 1.

У пациентов I группы трубчатый корпор-антральный анастомоз замедляет поступление пищи из кислотопродуци-

Таблица 1
Рентгенологические показатели у лиц, перенесших операцию по поводу язвенной болезни желудка

Симптомы	Пациенты после РГП (n=32)	Пациенты после МРЖ (n=20)
Недостаточность кардии	5 (15,6%)	7 (35%)
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	2 (6,2%)	3 (9,4%)
Размеры отделов (камер) желудка:		
Нормальные	23 (71,9%)	6 (30%)*
Увеличение антрального отдела	9 (28,1%)	14 (70%)
Перистальтика:		
поверхностная	9 (28,1%)	7 (35%)
средней глубины	21	13 (65%)
Глубокая	2 (6,2%)	0 (0%)
Начальная эвакуация:		
своевременная	25 (78,1%)	14 (70%)
ускоренная	2 (6,2%)	2 (10%)
замедленная	5 (15,6%)	4 (20%)
Гастростаз	4 (12,5%)	7 (35%)*
Антро-фундальный рефлюкс	4 (12,5%)	-
Дуодено-гастральный рефлюкс	9 (28,1%)	10 (50%)*
Дуоденостаз	4 (12,5%)	4 (20%)

Примечание: * - отличия показателей у пациентов после РГП от пациентов после МРЖ достоверные ($p < 0,05$).

Таблица 2
Показатели аспирационно-зондового исследования желудочной секреции у пациентов до и после хирургического лечения

Показатели секреции	Больные до операции (n=50)	Пациенты после РГП (n=28)	Пациенты после МРЖ (n=16)
БПК, мэк/ч	6,3±4,4	3±0,9*	0,9±0,6**
БПП, мг/л	74±13,7	47,7±3,3*	29,3±13,2**
МПК, мэк/ч	14,4±7,9	10,3±2,2*	9,4±5,2**
МПП, мг/л	162±10,7	105±7,7*	64±6,3°

Примечание: * - отличия показателей секреции у прооперированных больных от показателей секреции у больных до операции достоверные ($p < 0,001$); ° - отличия показателей секреции у пациентов после РГП от пациентов после МРЖ достоверные ($p < 0,001$).

рующего отдела желудка в антральный отдел, что создает условия для полноценного желудочного пищеварения и исключает перегрузку антрального отдела и сфинктера привратника. Антро-фундальный рефлюкс наблюдался при натуживании у 2 (6,2%) пациентов, в положении Тределенбурга у 2 (6,2%) пациентов. Гастростаз, ДГР и увеличение в размерах антрального отдела желудка достоверно ($p < 0,05$) чаще встречались у пациентов II группы.

Для выявления изменений двигательной деятельности ГДК мы использовали манометрическое исследование

методом открытых катетеров, оценивались параметры межпищеварительной и постприанальной моторики фундальной, антральной камер и отделов желудка и ДПК. Типичным для межпищеварительной моторики оказалось сохранение периодической организации моторики желудка и ДПК: мигрирующий моторный комплекс наблюдали у 23 (88,5%) пациентов I группы и у 12 (66,7%) пациентов II группы. Выраженную гипомоторику с единичными сокращениями регистрировали у 2 (7,1%) пациентов I группы и у 5 (27,8%) пациентов II группы.

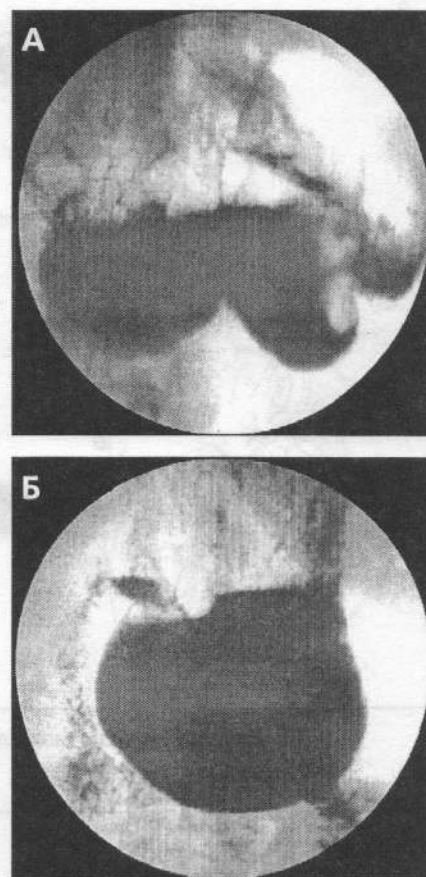


Рис. 6. Рентгенологическое исследование желудка пациента (а – после РГП, б – после МРЖ)

Антродуоденальная координация была сохранена у 21 (80,8%) пациента I группы и у 11 (68,7%) пациентов II группы. Наблюдалась трансформация сократительной активности фундальной камеры по антральному типу у 17 (65,4%) пациентов (Рис. 7).

При изучении постприанальной реакции отмечено, что у 14 (53,8%) пациентов I группы и у 9 (50%) пациентов II группы наблюдалось торможение моторной активности сразу же после приема тестового завтрака. Продолжительность торможения составляла от 5 до 20 мин. У остальных пациентов наблюдалась сократительная активность по типу II фазы моторного комплекса.

Секреторная функция оперированного желудка исследовалась аспирационно-зондовым методом. Данные аспирационно-зондового исследования представлены в таблице 2.

В отдаленный послеоперационный период отмечается достоверное снижение всех показателей кислото- и пепсинопродукции в обеих группах. В I группе по сравнению со II сохраняется более высокий уровень базальной кис-

лото- и пепсинопродукции, стимулированной кислотопродукции. Данные указывают на сохранение кислой среды в теле желудка, что является положительным фактором, учитывая важную роль желудочного сока в первичном гидролизе белков и дальнейшем пищеварении. Базальная ахлогидрия наблюдалась у 3 (10,7%) больных I группы и у 5 (31,3%) больных II группы, гистаминорефрактерная у 2 (12,5%) больных II группы.

Параметры качества жизни мы оценили с помощью опросника MOS-SF-36. При сопоставлении параметров качества жизни продемонстрировано, что у пациентов, перенесших РГП, достоверно выше параметры КЖ по всем шкалам, кроме «боль», «жизнеспособность» и «ролевое эмоциональное функционирование». Важно отметить, в отдаленный послеоперационный период пациенты, которым была выполнена РГП, имеют достаточно высокие показатели КЖ (табл. 3).

Выводы:

1. Разработанные в РЦФХГ органосохраняющие технологии лечения язвенной болезни желудка являются оптимальными и позволяют сохранить иннервацию и кровоснабжение сфинктера привратника и антрального отдела при язве желудка.

2. Наилучшие отдаленные результаты дает использование комплексной хирургической технологии — радикальной гастропластики — по сравнению с медиальной резекцией желудка.

3. Восстановление замыкательной функции кардии путем создания эзофагокардио-гастрального клапана при РГП позволяет достичь арефлюксности пищеводно-желудочного перехода и снизить частоту послеоперационного рефлюкс-эзофагита.

4. После РГП в ответ на удаление части тела желудка с язвой в остающейся части тела и антральном отделе происходит морфофункциональная перестройка с развитием атрофических процессов легкой и умеренной степени и с сохранением секреторной функции желудка.

5. Трубчатый корпоро-антральный анастомоз создает условия для полноценного желудочного пищеварения и исключает перегрузку антрального отдела и сфинктера привратника.

6. После медиальной резекции желудка в отдаленные сроки происходит декомпенсация моторной деятельности антрального отдела, что приводит к прогрессированию желчного рефлюкс-гастрита.

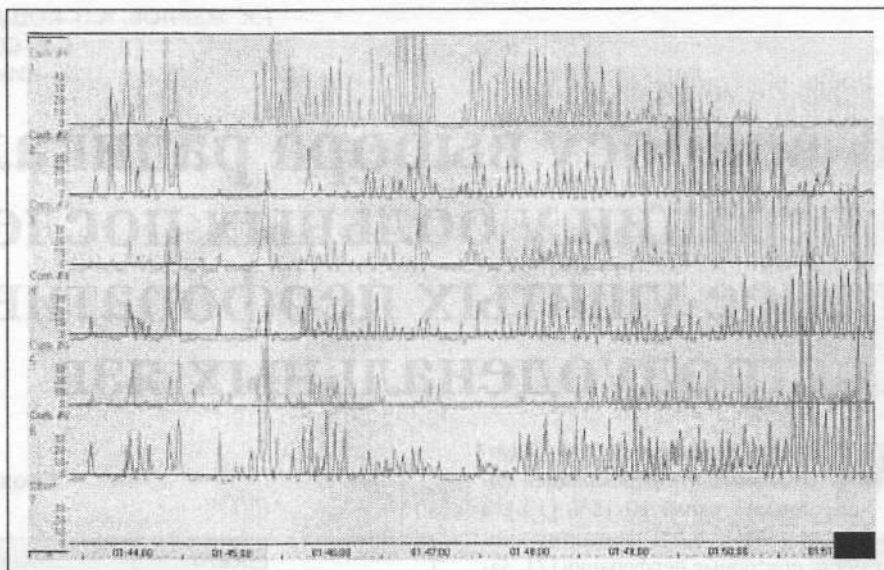


Рис. 7. Межпищеварительная моторная активность фундальной и антральной камер желудка пациента после РГП
Расположение катетеров: 1,2,3 – фундальная камера; 4,5,6 – антральная камера. Координация сокращений камер. Трансформация моторной активности фундальной камеры по антральному типу. Представлены II и III фазы, начало I фазы

Таблица 3
Параметры КЖ у пациентов, перенесших РГП и МРЖ

Показатели	Здоровые (n=30)	Пациенты после СГП (n=46)	Пациенты после МРЖ (n=24)
Физическое функционирование	88,5±6,5	81,6±6,3	62,9±5,9*
Ролевое физическое функционирование	80,5±5,9	76,1±5,2	48,9±4,5*
Боль	77,0±5,7	62,5±5,1	61,8±4,8
Общее здоровье	75,0±5,5	66,6±5,8	52,5±4,2*
Суммарные измерения физического здоровья	80,3±5,6	67±5,1	58,3±5,7*
Жизнеспособность	66,0±4,8	54,6±4,6	49,2±5,7
Социальное функционирование	89,3±6,6	71,3±5,2	49,6±4,5*
Ролевое эмоциональное функционирование	90,0±6,7	57,5±4,3	58±5
Психическое здоровье	80,5±5,9	69,3±5,7	58,2±6,5*
Суммарные измерения психологического здоровья	81,4±6,1	70,3±5,1	57,5±4,6*

Примечание: * - отличия показателей качества жизни у пациентов после РГП от пациентов после МРЖ достоверные (p<0,05)

Г.К. ЖЕРЛОВ, А.П. КОШЕЛЬ, А.В. АКСЕНЕНКО, Ю.Д. ЕРМОЛАЕВ,
С.А. СОКОЛОВ, Р.С. ЛОБАЧЕВ, А.С. МЕДВЕДЕВ
НИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ СибГМУ, ТОМСК

К вопросу выбора радикальной операции у больных после ранее ушитых перфоративных гастродуоденальных язв

Частота осложнений гастродуоденальных язв перфорацией составляет около 10-15% [1,5], в том числе у 0,6 – 5,5% пациентов имеют место повторные перфорации [7]. Зачастую операцией выбора при прободении гастродуоденальных язв является ушивание перфоративного отверстия и дренирование брюшной полости. Вместе с тем эта операция является вынужденной и не ликвидирует условий возникновения пептической язвы [3]. Следует признать, что после ушивания перфоративной язвы угроза рецидива не только возможна, но и возрастает вследствие неизбежных анатомо-физиологических изменений, вызванных первичной операцией, что подтверждается результатами отдаленных наблюдений за пациентами. По сводным данным, приведенным в литературе, у 25 – 70% пациентов с ушитыми перфоративными язвами в анамнезе возникают осложнения, при этом у 22 – 35% пациентов требуется выполнение повторной радикальной операции [2].

Другим, не менее важным вопросом оперативного лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами, остается вопрос качества их жизни. Не секрет, что операции, выполненные в экстренной ситуации, преследуют цель спасение жизни больного, в меньшей степени заботясь о ее качестве. Таким образом, проблема улучшения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения осложненной язвенной болезни остается весьма актуальной и требует дальнейшего разрешения.

Материал и методы

Нами проведен анализ результатов оперативного лечения 364 больных с перфоративными гастродуоденальными язвами, оперированных в период с 1985 по 2002 гг. Среди пациентов было 353 (97%) мужчины и 11 (3%) женщин в возрасте от 15 до 87 лет. Всем больным была выполнена паллиативная опе-

рация – ушивание язвы, в т.ч. операция Оппель-Поликарпова была выполнена у 195 (53,6%) больных, а ушивание перфоративного отверстия 2-рядным швом – у 169 (46,4%) пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде прослежена судьба 342 (93,9%) больных.

Рецидив язвы в сроки от одного года до 16 лет после операции возник у 215 (62,9%) больных. Радикальное оперативное лечение потребовалось 197 пациентам, что составило 91,6% от числа больных с рецидивом или 54,1% от общего числа больных, оперированных по поводу перфоративной язвы. Все пациенты, поступающие на операцию, проходили неоднократные курсы противоязвенного лечения (амбулаторно и в стационаре).

Из 197 больных с ушитыми перфоративными гастродуоденальными язвами в анамнезе, которым потребовалось выполнение радикальной операции, был 191 (96,9%) мужчина, 6 (3,1%) женщин в возрасте от 21 года до 65 ($m=43,3 \pm 4,5$) лет.

Сроки выполнения радикальной операции (после ушитой ранее перфорации) составили от 2 месяцев до 16 ($m=8,2 \pm 2,5$) лет (табл. 1).

Из приведенной таблицы видно, что основное количество пациентов – 158 (80,2%) – оперировано в сроки от 5 до 10 лет после первичной операции. Все пациенты до и после операции проходили комплексное стационарное обследо-

Таблица 1.
Сроки выполнения радикальной операции после ушивания перфоративной язвы

	Всего:	Число лет после первичной операции			
		до 1 года	от 1 до 5 лет	от 5 до 10 лет	более 10 лет
Мужчины	191	1	8	163	19
Женщины	6	-	1	4	1
Итого:	197	1	18	158	20

вание, включающее клинические, лабораторные (анализы крови, изучение кислотопродуцирующей функции желудка тестами Холландера и Кея и т.д.), а также инструментальные (фиброгастроскопия, эндоскопическое ультразвуковое и рентгенологическое исследование, рН-метрия) методы исследования.

Результаты и обсуждение

По данным литературы, несмотря на проводимую консервативную терапию, рецидив пептической язвы после ее ушивания возникает у 30 – 70% больных [6]. Такое положение вещей обусловлено с одной стороны тем, что в результате ушивания перфоративного отверстия не ликвидируется основной фактор язвообразования – пептический, а с другой – оперативное вмешательство неизбежно ведет к развитию необратимых анатомических изменений в зоне ушивания и в первую очередь – нарушению кровотока в области двенадцатиперстной кишки.

Из 364 больных, оперированных по поводу перфоративной язвы, рецидив в сроки от 2 мес. до 16 лет после операции возник у 215 (62,9%) больных. При этом у 178 (82,8%) рецидив язвенной болезни выявлен в течение первых 5 лет после операции, и только у 37 (17,2%) больных язвы рецидивировали спустя 5 и более лет. При этом имеется определенная зависимость между возрастом пациента и сроком повторной операции. Так, у па-

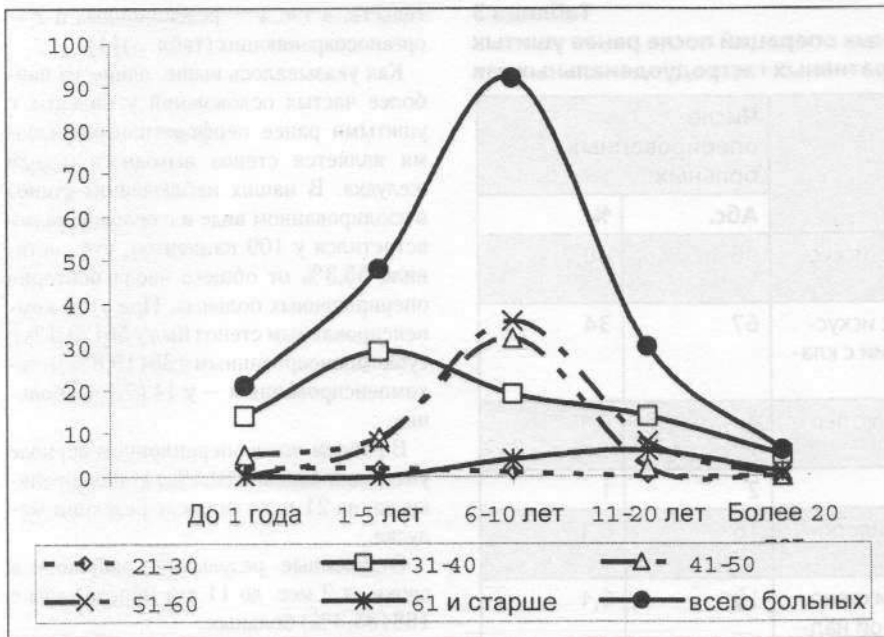


Рис. 1. Сроки выполнения повторных операций после раннее ушитых перфоративных язв в зависимости от возраста пациента (комментарии в тексте)

циентов «младшей» возрастной группы (21–30 лет) возникновение рецидива и, соответственно, выполнение повторной операции происходит в первые 5 лет после ушивания, а у пациентов «старшей» (61 и старше) группы, напротив, в более поздние сроки — 11–16 лет после первой операции (рис. 1).

Обнаружение рецидива язвы служило показанием для назначения курса противоязвенного лечения (амбулаторно и (или) стационарно) всем пациентам. Однако стойкой ремиссии удалось достичь только у 18 (8,4%) пациентов. У остальных больных, несмотря на неоднократные курсы противоязвенного лечения, имели место рецидивы заболевания, приведшие впоследствии к возникновению осложнения и необходимости повторной операции (табл. 2).

Из приведенной выше таблицы, наиболее частым осложнением язвенной бо-

лезни в отдаленные сроки после ушивания перфоративной язвы были стеноз и пенетрация, а также их сочетания с другими осложнениями.

В определении показаний для выполнения радикальной операции после раннее ушитой перфорации играют роль различные факторы: длительность заболевания, наличие и характер осложнений, уровень кислотопродукции и т.д.

В клинике с 2001 г., для определения показаний к операции при осложненных гастродуоденальных язвах, внедрен ультразвуковой эндоскопический критерий, заключающийся в следующем.

Проводя эндоскопическую ультразвуковую диагностику у 5 пациентов с прикрытыми перфорациями, мы выявили интересную закономерность. У всех этих больных преобладало распространение воспалительного инфильтрата в направлении серозной оболочки, в отличие от паци-

Таблица 2

Характер и число осложнений у больных после ушивания перфоративной язвы

Характер осложнения	Число больных	
	Абс.	%
Стеноз	52	26,4
Пенетрация	48	24,4
Кровотечение	12	6,1
Стеноз + пенетрация	41	20,8
Кровотечение + пенетрация	21	10,6
Стеноз + пенетрация + кровотечение	16	8,1
Каллезные язвы желудка	7	3,6
Итого:	197	100

ентов с «неосложненной» язвой, при которой воспалительный инфильтрат распространяется больше вширь, нежели вглубь (рис. 2 а, б.).

В дальнейшем, проводя эндоскопическую ультразвуковую диагностику у пациентов с рецидивом язвенной болезни, мы обратили внимание на такую же закономерность. Больные, у которых воспалительная инфильтрация язвы шла в большей степени вглубь (в направлении серозного покрова), чаще других нуждались в повторной операции, и именно в этой группе количество осложнений (стеноз и пенетрация) были значительно выше.

Таким образом, наличие подобной картины при эндоскопической ультразвуковой диагностике служит дополнительным аргументом в обосновании показаний к оперативному лечению язвенной болезни.

Исследование кислотности желудочного сока методами F. Hollander и A.V.

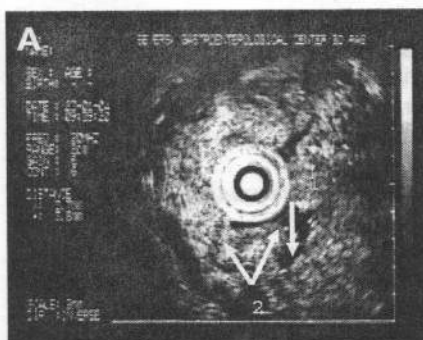


Рис. 2. Эндоскопическая ультразвуковая картина язвы двенадцатиперстной кишки (пояснения в тексте)

а. Опасность перфорации высока: 1 – дно язвы, 2 – границы периульцерозной инфильтрации;

б. Вероятность перфорации низкая: 1 – дно язвы, 2 – границы периульцерозной инфильтрации

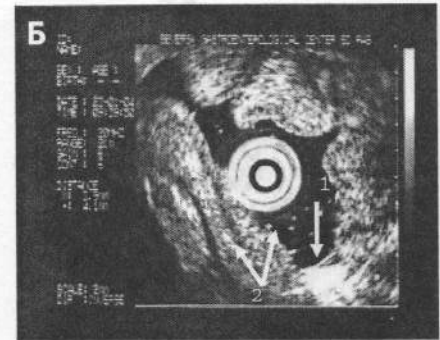


Таблица 3
Характер и количество радикальных операций после ранее ушитых перфоративных гастродуоденальных язв

Операция	Число оперированных больных	
	Абс.	%
Дистальная резекция желудка по Billroth I с искусственным пилорическим жомом	96	48,7
Дистальная резекция желудка по Billroth I с искусственным пилорическим жомом в сочетании с клапаном-створкой	67	34
Субтотальная дистальная резекция желудка с первичной еюногастропластикой	4	2,1
Субтотальная дистальная резекция по РУ	2	1
Селективная проксимальная ваготомия с пилоробульбэктомией и пилоропластикой	16	8,1
Селективная проксимальная ваготомия при стенозах выходного отдела желудка с выраженной надстенотической «мешкообразной» деформацией со стороны большой кривизны желудка	12	6,1
Итого:	197	100

Кау проведено у 112 (56,9%) пациентов. Гиперреактивный тип секреции выявлен у 80 (71,4%), гиперпариетальный — у 28 (25%) и пангиперхлоргидрический — у 4 (3,6%) пациентов. Средний показатель пиковой кислотопродукции составил $31,5 \pm 5,8$ ммоль/час.

Кислотопродуцирующая функция желудка в предоперационном периоде методом определения ночной секреции по Dragstedt была изучена у 73 (37,1%) пациентов. У 27 (36,1%) из них выявлена умеренная гиперпродукция желудочного сока до 1000 мл. Концентрация свободной соляной кислоты в желудочном соке у 18 (24,7%) больных в среднем составила 25,5 мэкв, у 24 (32,9%) — 56,6 мэкв, что превышало норму в 2–3 раза.

Адекватный выбор способа операции у больных с ранее ушитыми перфоративными язвами является одним из ве-

дущих факторов, определяющих снижение частоты ранних послеоперационных осложнений и обеспечивающих высокий уровень качества жизни пациента в отдаленные сроки после операции. Большинство авторов в подобной ситуации выполняют резекцию желудка в объеме 2/3 по одной из модификаций способа Billroth II. Вместе с тем, нет необходимости доказывать, что наиболее физиологичным и вызывающим меньший процент постгастрорезекционных нарушений является первый способ Billroth'a, предусматривающий сохранение трансдуоденального пассажа пищи [4].

Являясь принципиальными сторонниками сохранения (при отсутствии противопоказаний) трансдуоденального пассажа пищи, в клинике в качестве радикальных операций после ушивания перфораций гастродуоденальных язв используем 6 типов оперативных вмеша-

тельств, в т.ч. 4 — резекционных и 2 — органосохраняющих (табл. 3) [4].

Как указывалось выше, одним из наиболее частых осложнений у больных с ушитыми ранее перфоративными язвами является стеноз выходного отдела желудка. В наших наблюдениях стеноз в изолированном виде и с осложнениями встретился у 109 пациентов, что составило 55,3% от общего числа повторно оперированных больных. При этом компенсированным стеноз был у 56 (28,4%), субкомпенсированным у 39 (19,8%) и декомпенсированным — у 14 (7,1%) больных.

В раннем послеоперационном периоде умер один больной (0,5%) от панкреонекроза, на 21-е сутки после резекции желудка.

Отдаленные результаты операции в сроки от 2 мес. до 11 лет прослежены у 168 (85,3%) больных.

С целью улучшения качества жизни пациентов с рецидивом язвенной болезни после ранее ушитой перфорации, в сочетании с супрастенотическим расширением антрального отдела желудка, в клинике разработана и внедрена в практику методика селективной проксимальной ваготомии с резекцией надстенотической деформации желудка, пилоропластикой и формированием клапана-створки.

Способ осуществляется следующим образом. После выполнения селективной проксимальной ваготомии мобилизуют дистальный отдел желудка с сохранением сосудов второго порядка по малой кривизне и по большой кривизне (в области «мешкообразного» расширения), а также начальную часть двенадцатиперстной кишки. Затем намечают верхнюю границу резекции, располагая ее выше пилорического жома и «мешкообразного» расширения со стороны большой кривизны так, чтобы диаметр дистальной части желудка соответствовал диаметру двенадцатиперстной кишки. Нижняя граница резекции проводится ниже луковицы дуоденума. После выполнения резекции измененного участка формируют большую

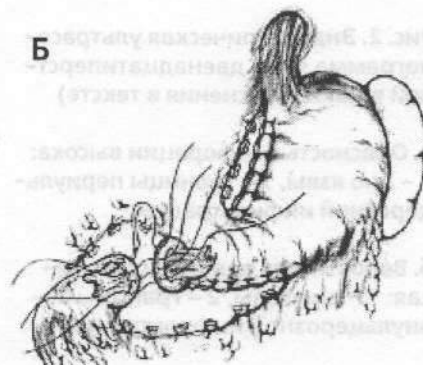
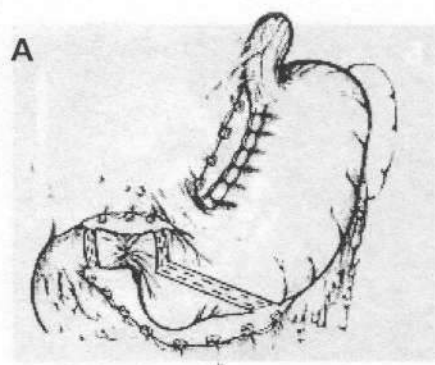


Рис. 3. Схема операции селективной проксимальной ваготомии при стенозе выходного отдела желудка, осложненном надстенотическим расширением желудка:

а. Намечены границы резекции.

б. Схема формирования пилороподобного гастродуоденоанастомоза (пояснения в тексте)

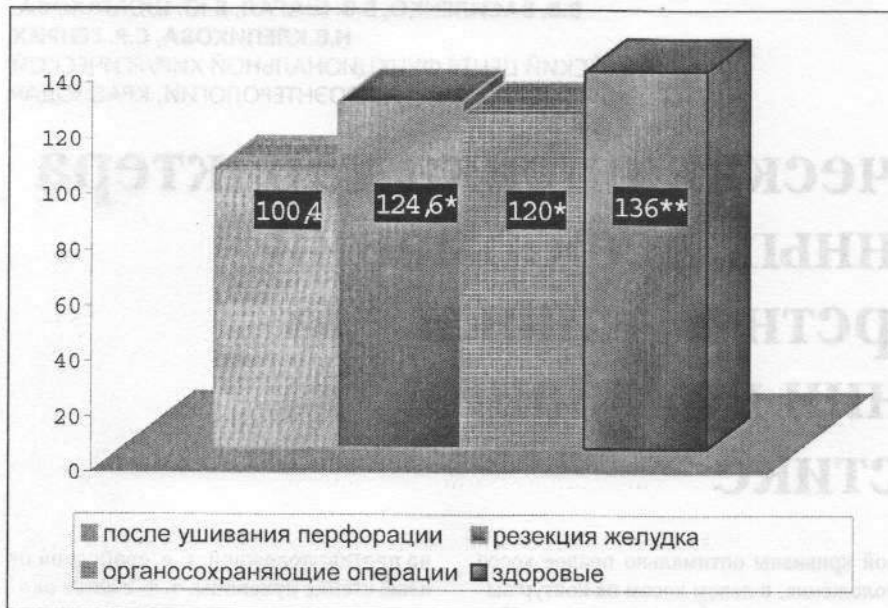


Рис. 4. Уровень гастроинтестинального индекса (GIQLI) в зависимости от способа операции. (* разница статистически достоверна между 1 и 2,3 группами; ** разница статистически достоверна между 2,3 и 4 группами)

кривизну, выполняя вначале обвивной кетгутовый шов, который затем укрепляется серозно-мышечным швом «узелками вовнутрь» (рис. 3 а, б). Затем формируют мышечный жом на дистальном отделе культи желудка и клапан-створку из слизисто-подслизистых слоев желудка и двенадцатиперстной кишки по методикам, описанным нами ранее [4].

Всего выполнено 12 таких операций. Осложнений, связанных с разработанным способом операции, не отмечено.

Одним из основных показателей радикальности операции при язвенной болезни является отсутствие рецидива заболевания в отдаленные сроки. У наших пациентов ни в одном случае не отмечено повторного возникновения пептической язвы, что свидетельствует об адекватно выбранной хирургической тактике.

Вторым, не менее важным, на наш взгляд, показателем хирургического лечения язвенной болезни является восстановление (сохранение) уровня качества жизни пациента, что определяется не только «отсутствием желудочных жалоб», но и удовлетворенностью в социальном, психологическом, физическом и ролевом функционировании. С целью определения этих показателей применяли специфический опросник — гастроинтестинальный индекс (GIQLI), созданный специальной международной комиссией, который является специфичным для гастроинтестинальной хирургии.

При изучении качества жизни больных до операции средний балл гастроин-

тестинального индекса (ГИ) составлял 100,4. В группе больных после резекционных методик в отдаленные сроки средний балл ГИ был 124,6; после органосохраняющих — 120 (рис. 4).

Проведенные инструментальные обследования (эндоскопическое и рентгенологическое исследование, эндоскопическая и трансабдоминальная ультрасонография) показали восстановление резервуарной и моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка. Формируемые взамен удаленного или разрушенного пилорического жома искусственные клапанные структуры сохраняют свое строение и функцию спустя 7 лет и более после операции.

Таким образом, выбор способа радикальной операции после ранее ушитой перфоративной язвы должен основываться на индивидуальном подходе к каждому больному, что способствует сохранению высокого уровня качества жизни

больных, обеспечивая высокий уровень социальной и трудовой реабилитации пациентов. Разработанный в клинике способ селективной проксимальной ваготомии при наличии супрастенотического расширения желудка позволяет выполнять органосохраняющую операцию и сохранить трансдуоденальный пассаж пищи у этой сложной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Борисов А.Е., Митин С.Е., Пешехов С.И. и др. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв // Эндоскопическая хирургия. — 2000. — №3. — С. 16 — 20.
2. Ермолаев Ю.Д. Выбор способа радикальной операции после ранее ушитых перфоративных гастродуоденальных язв. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Томск. — 2003. — 23 с.
3. Маневич В.Л., Харитонов Л.Г., С.Г. Зейналов С.Г. Выбор метода повторной операции после ушивания перфоративного отверстия дуоденальной язвы // Хирургия. — 1990. — № 3. — С. 33 — 35.
4. Оперированный желудок (анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования). Под ред. Г.К. Жерлова, А.П. Кошеля. — Новосибирск. — Наука. — 2002. — 240 с.
5. Чернов В.Н., Таранов И.И., Химичев В.Г. Хирургическое лечение больных с гигантскими кровоточащими язвами желудка и 12-перстной кишки // Острые хирургические заболевания органов брюшной полости: Сб. статей. — М. — 1992. — С. 31 — 37.
6. Ткачев А.В., Пасечников В.Д., Чернов В.Н. и др. Оценка отдаленных результатов эрадикационной терапии и качества жизни у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением или перфорацией // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2002. — №6. — С. 44 — 53.
7. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. М. МЕДпресс-информ. — 2002. — 376 с.

ЭТО ИНТЕРЕСНО!

Язык — мышечный орган массой 50 г. Функции языка разнообразны. Благодаря своей подвижности (до 80 движений в минуту), он способствует пережевыванию и проглатыванию пищи, смешиванию слюны с пищей, очищению зубов частицами твердой пищи и проталкиванию пережеванной пищи в пищевод. Без языка невозможна человеческая речь. За 1-минутный поцелуй язык совершает до 40 движений.

Леони Д., Берте Р., 1997

Рентгенологическая оценка характера рубцово-язвенных деформаций двенадцатиперстной кишки при определении показаний к дуоденопластике

В связи с широким внедрением новых хирургических технологий в лечении ЯБ ДПК, осложненной стенозом, особенно важное значение имеет точное определение его параметров. Согласно принципу Holle (1970), — полного восстановления формы и функции пораженного органа, — современная реконструктивная хирургия осложненных язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) требует детального изучения их патоморфологических особенностей (В. И. Оноприев, 2001). Исследований, посвященных детальному рентгенологическому изучению рубцово-язвенных деформаций ДПК в плане определения показаний к пилоросохраняющим операциям и рентгенологической оценки их результатов, в доступной литературе нет. Целью нашей работы было повысить информативность рентгенологического обследования больных с язвенными стенозами ДПК и с учетом полученных сведений уточнить показания к дуоденопластике.

Материал и методы

В течение 2003 года нами было обследовано 98 больных со стенотическими формами ЯБ ДПК. Наибольшее количество исследуемых приходилось на самый трудоспособный возраст — от 21 до 50 лет. Мужчин было 67, женщин — 31. Язвенный анамнез большинства больных — свыше 6 лет. Рентгенологическое исследование проводилось аппаратом АРЕЛЕМ (BAKKARA), Франция. Использовался контраст — водная взвесь сульфата бария в объеме 200 мл. Исследование начинали в вертикальном положении больного. Детальное исследование луковицы ДПК проводили в момент наиболее «тугого» заполнения контрастной массой. Применялось многоосевое полипозиционное исследование больных. Для осмотра контура большой и ма-

лой кривизны оптимально правое косое положение, в левом косом на контур выводится передняя и задняя стенки. При затруднении эвакуации контраста из желудка исследование продолжали в горизонтальном положении больного. «Туго» заполнить луковицу ДПК удавалось в левом лопаточном положении.

Результаты и обсуждение

В нашей клинике мы использовали следующую классификацию рубцово-язвенных деформаций двенадцатиперстной кишки:

- по локализации уровня стеноза: базальный, корпоральный, апикальный, постбульбарный, тубулярный (сочетанный) (Оноприев В.И., 1995г.)
- по степени компенсации: компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный (Панцирев Ю.М., 2000 г.)

Уровень сегментарного стеноза обуславливает тип надстенотического расширения, т. е. тип стенотической деформации луковицы. При сформировавшихся стенозах ДПК латеральный и медиальный рецессусы представляются в виде псевдодивертикулов. В проксимальной части ДПК выделяем основание луковицы — базальный отдел, ее тело — корпоральный отдел, верхушку-апикальный отдел и залуковичную часть — постбульбарный отдел. При стенозе базального уровня в зависимости от локализации язвенного очага может определяться один (при язве боковой стенки), или два (при язве передней, задней стенки) псевдодивертикула.

Из 98 обследованных больных у 6 (6,1%) был выявлен стеноз базального уровня (рис. 1). При базальных язвах боковых стенок большой или малой кривизны формируются только одиночные пульсионные псевдодивертикулы

на противоположной, т. е. свободной от язвы стенке луковицы, т. к. стенка околопилорического рецессуса, несущего язву, деформируется, сглаживается и фиксируется рубцовым процессом, т. е. боковой околопилорический карман фиброзируется и из него не может формироваться пульсионный дивертикул. Одиночный псевдодивертикул создает яркую асимметрию.

Сегментарный стеноз корпорального уровня выявлен у 40 (40,8%) больных (рис. 2). Он всегда приводит к образованию двух псевдодивертикулов (симметричная кистетная деформация), а симметричность деформации луковицы уже зависит от близости язвенного очага к середине передней стенки. При локализации язв по центральным линиям передней или задней или сразу обеих стенок на базальном или корпоральном уровнях луковицы, т. е. когда свободны боковые околопилорические рецессусы, из последних и формируются симметричные псевдодивертикулы. Асимметричность, т. е. различие в величине псевдодивертикулов, обусловлена смещением язвы от центральной линии в сторону одной из боковых стенок.

При корпоральных язвах боковых стенок на стенке, несущей язву, формируется пульсионно-тракционный псевдодивертикул, и он всегда по размерам меньше пульсионного, образовавшегося на противоположной свободной от язвы стенке, что и обуславливает асимметричность деформации луковицы. Тракционные псевдодивертикулы всегда расположены только на стенке, несущей рубцово-язвенный очаг. Рубцовые тяжи прочно фиксируют стенку луковицы и вытягивают ее в виде конусовидного кармана, имеющего широкий вход и узкую вершину. Основной причиной возникновения пульсионных

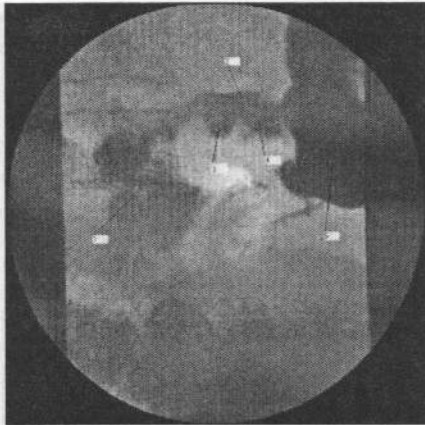


Рис. 1. Больной К., история болезни №1764

Рубцово-язвенная деформация л. ДПК с компенсированным базальным стенозом. Правая косая проекция

1-петля ДПК, 2-л.ДПК, 3-псеводивертикул, 4-зона стеноза базального отдела луковицы ДПК, 5-желудок

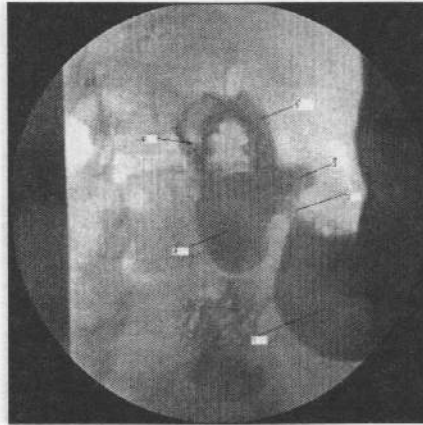


Рис. 2. Больной И., история болезни №978

Рубцово-язвенная деформация л. ДПК с субкомпенсированным корпоральным стенозом. Правая косая проекция

1-желудок, 2-привратник, 3-медиальный псеводивертикул, 4-латеральный псеводивертикул, 5-корпоральный отдел, зона стеноза, 6-петля ДПК

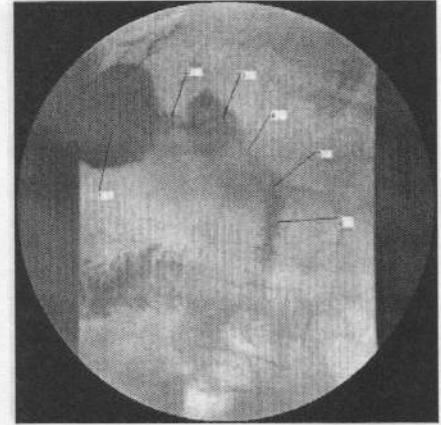


Рис. 3. Больной Л., история болезни №1315

Рубцово-язвенная деформация л. ДПК с субкомпенсированным апикальным стенозом. Левая косая проекция лежа

1-желудок, 2-привратник, 3-л.ДПК, 4-зона стеноза, апикальный отдел, 5-надстенотическое расширение, 6-петля ДПК

псеводивертикулов является внутрипросветная гипертензия в надстенотической части ДПК, величина которого зависит от степени сужения и затруднения эвакуации содержимого.

При апикальном (рис.3) и постбульбарном стенозах ДПК, выявленных у 12(12,2%) и 2(2,0%) больных соответственно, имелось общее мешковидное надстенотическое расширение. При этом симметричная его форма возникает при локализации язв по центральным линиям передней и задней стенок, а асимметричная — при язвах боковых стенок ДПК. Общее надстенотическое расширение всей луковицы исключает образование псеводивертикулов.

Дуоденальный стеноз, захватывающий два и более уровней проксимальной части ДПК, мы назвали тубулярным (трубчатым) (рис. 4). Такой вид стеноза был выявлен у 38 (38,7%) больных. Тубулярный стеноз, включающий два или три первых уровня ДПК, т. е. почти всю или всю луковицу, называем проксимальным тубулярным стенозом (4 пациента). Тубулярный стеноз, захватывающий два или три последних уровня проксимальной части ДПК, относим к дистальным тубулярным стенозам (5 пациентов), а тубулярный стеноз, захватывающий два средних уровня — медиальным тубулярным стенозом (27 пациентов). Тотальный тубулярный

стеноз захватывает всю проксимальную (до сосочка) часть ДПК (1 пациент). Тубулярные стенозы рентгенологически представлялись в виде узкой «трубочки».

Таким образом, если от уровня локализации язв зависит форма надстенотического расширения, т. е. форма деформации луковицы без или с псеводивертикулом, то симметричность полностью определяется стенкой, несущей рубцово-язвенный очаг. Симметричная деформация наблюдается при локализации язв по центральным линиям одной передней, одной задней или обеих стенок луковицы, асимметричные — при локализации рубцово-язвенного очага на одной из боковых стенок проксимальной части ДПК.

У 47(46,9%) больных был выявлен компенсированный стеноз. Размеры желудка при этом не увеличены, натошак желудка может содержать немного жидкости, перистальтика желудка сохранена, эвакуация контрастной массы свободная, порционная, начинается в вертикальном положении больного. Луковица ДПК деформирована за счет незначительного сужения одного или нескольких ее уровней. Рецесусы, представленные в виде псеводивертикулов, увеличиваются во время прохождения бариевой взвеси и уменьшаются после опорожнения, т. е. их

стенки сохраняют тонус и способность к перистальтическим сокращениям. В течении четырех часов желудок полностью освобождается от контраста.

У 19 (19,3%) больных с субкомпенсированным стенозом желудок увеличен в размерах, синус провисает до LV-SII, натошак содержит жидкость и слизь, перистальтика поверхностная или средней глубины, вялая, эвакуация контраста из желудка в ДПК в вертикальном положении больного затруднена, в левом лопаточном положении лежа идет небольшими порциями. Луковица ДПК деформирована, сужена, рецесусы — в виде псеводивертикулов. Через четыре часа в желудке остается около 1/4 выпитого контрастного вещества.

У 32 (32,6%) больных с декомпенсированным стенозом желудок растянут, очень больших размеров, синус провисает в малый таз. Натошак желудка содержит много жидкости и слизи; перистальтика поверхностная, вялая, может совсем отсутствовать. Эвакуации контраста из желудка в ДПК в вертикальном положении больного нет, в левом лопаточном положении лежа резко затруднена, идет очень редкими, малыми порциями. Луковица ДПК грубо деформирована, циркулярно сужена. У 12 больных с декомпенсированным стенозом не удалось добиться эвакуа-

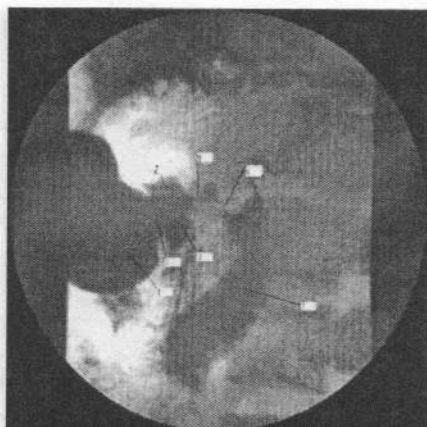


Рис. 4. Больной М., история болезни №1342

Рубцово-язвенная деформация л. ДПК с декомпенсированным тубулярным (апикально-постбульбарным) стенозом. Левая косая проекция лежа

1-желудок, 2-привратник, 3-латеральный псевдодивертикул, 4-медиальный псевдодивертикул, 5-стеноз апикального отдела ДПК, 7-петля ДПК

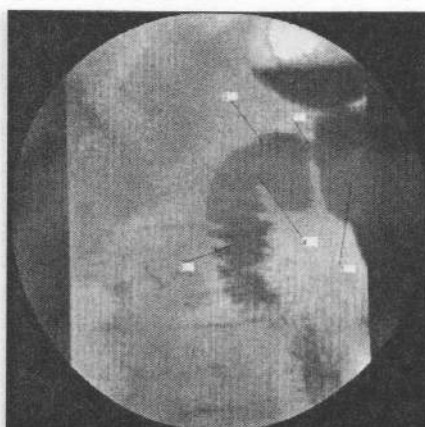


Рис. 5. Больной О., история болезни №1762

Состояние после мостовидной дуоденопластики. Левая косая проекция лежа

1-желудок, 2-привратник, 3-л.ДПК, 4-зона дуоденопластики, 5-петля ДПК

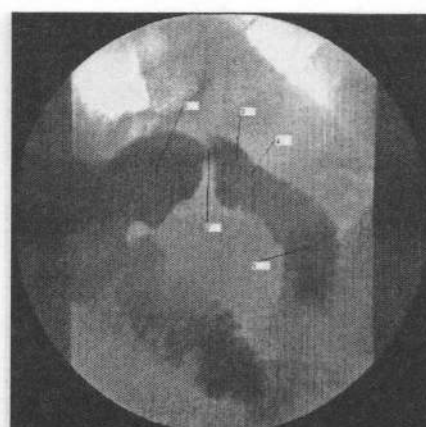


Рис. 6. Больной Ю., история болезни №876

Состояние после сегментарной дуоденопластики. Левая косая проекция лежа

1-желудок, 2-привратник, 3-л.ДПК, 4-зона дуоденопластики, 5-петля ДПК

ции из желудка и получить сведения о характере деформации луковицы. Выраженное длительно существующее сужение луковицы приводит к дилатации привратника, расправлению и сливанию с антральным отделом псевдодивертикулов (антрализация луковицы). В этих случаях зона стеноза, имеющая вид узкого кольца, формирует «псевдопривратник», который не способен к сокращению. Через четыре часа практически весь выпитый контраст остается в желудке.

По мере снижения компенсаторных возможностей моторно-эвакуаторной функции желудка информативность метода ограничивается увеличением депонирования контраста в синусе и недостаточным заполнением зоны стеноза ДПК. Исчерпывающая информация, полностью совпадающая с результатами эндоскопического и интраоперационного исследования, была получена при компенсированном и субкомпенсированном стенозах.

Полученные нами результаты сравнивались с данными эндоскопического и интраоперационного методов исследования. При компенсированном стенозе рентгенологически и эндоскопически были получены одинаковые результаты. При субкомпенсированном стенозе расхождения с данными эндоскопического исследования были получены у 2 боль-

ных, интраоперационного исследования — у 5, при декомпенсированном стенозе информативность метода снижалась до 53,1%.

Больным с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозами проводилась радикальная дуоденопластика, позволяющая полностью ликвидировать патологический очаг, сохранить функцию привратника и восстановить форму и функцию двенадцатиперстной кишки. (Рис. 5, 6).

Выводы:

Прогрессирование функциональных нарушений по мере возрастания степени компенсации рубцового стеноза позволяет рекомендовать выполнение хирургической коррекции на начальных стадиях осложнений.

На ранних стадиях стенозирования диагностические возможности метода в оценке патоморфологии сопоставимы с результатами интраоперационного исследования. Использование дополнительных проекций при динамическом осмотре позволяет изучить рентгенанатомию ДПК при субкомпенсированном стенозе в 98% случаев, при декомпенсированном стенозе — в 37%. Это расширяет возможности дооперационного уточнения морфологии стенозов, непроходимых эндоскопом, и состояния постстенотических отделов, а так

же оценить степень функциональных нарушений пищеварительного тракта и определить степень компенсации стеноза.

По выделенным критериям деформации двенадцатиперстной кишки определяется точная локализация рубцово-язвенного очага, что приобретает конкретное практическое значение для прецизионности локального иссечения осложненной язвы луковицы и определения сложности вмешательства.

Проводимая в клинике операция «радикальная дуоденопластика» позволяет полностью восстановить форму и функцию ДПК.

Знание закономерности морфологической обусловленности основных анатомических признаков сегментарных и тубулярных деформаций локализацией рубцово-язвенного процесса позволяет хирургу до вскрытия просвета двенадцатиперстной кишки определить точную локализацию язвы (рубца), наличие и анатомическую форму сужения двенадцатиперстной кишки, а это, в свою очередь, позволяет точно выбрать место дуоденотомии, выполнить оптимальный вариант пилоросохраняющей операции и предупредить повреждение сфинктеров гастродуоденального комплекса, терминальных отделов холедоха, большого дуоденального сосочка и магистральных сосудов.

Выбор способа лечения дуоденальных язв на основании исследования качества жизни

Несмотря на значительные успехи фармакологии, число операций по поводу осложнений дуоденальных язв остается достаточно высоким. Для осложненной язвенной болезни основным методом лечения является хирургический [1–4].

Из данных литературы следует, что хирурги, оценивая результаты оперативного лечения, основное внимание, как правило, уделяют «количеству жизни» (т.е. продолжительности жизни после операции), продолжительности пребывания в стационаре, наличию послеоперационных осложнений, а также частоте и степени выраженности различных расстройств, регистрируемых по данным лабораторных и инструментальных методов исследования в отдаленном периоде. При этом обычно упускают из виду, что для каждого конкретного пациента имеет значение не только динамика симптомов заболевания, лабораторных и инструментальных показателей, но и существенно важно улучшение самочувствия и повышение удовлетворенности жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах [5,6]. По мнению большинства авторов, нельзя в полной мере судить о достоинствах и недостатках какого-то хирургического метода, не изучая его влияния на качество жизни в послеоперационном периоде, а оценка качества жизни является конечным этапом хирургического лечения [7–9].

Целью настоящей работы явилось изучение влияния разработанных пилорусмоделирующих технологий хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на качество жизни оперированных больных.

Материал и методы

В работу были включены 276 человек с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст — 52 ± 4 года). Мужчин в исследуемой группе было 198, женщин 78. Язвенный анамнез от 5 до 15 лет.

36 человек получали консервативное лечение (I группа), 20 больных после традиционной дистальной резекции

по Бильрот-1 (II группа), 114 пациентам была выполнена дистальная резекция желудка по Billroth I с формированием пилороподобного жома (III группа) и, наконец, 106 больных — после дистальной резекции желудка по Бильрот-1 с формированием искусственного пилорического жома и клапана — «створки» (IV группа).

В контрольную группу были отобраны 35 практически здоровых людей аналогичного возраста.

Пациенты проходили полное стационарное клиническое обследование, включающее ряд объективных методов исследования: фиброэзофагогастродуоденоскопию, рентгенологическое исследование, Ph-метрию, антроподоенальную манометрию.

Во всех группах проводилось исследование показателей качества жизни при помощи двух опросников: общего и специфического для гастроэнтерологических больных. SF-36 — общий опросник, отражающий 8 шкал: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), физическая боль (BP), общее здоровье (GH), энергичность (VT), социальная роль (SF), эмоциональная роль (RE) и психическое здоровье (MH). Специфический опросник GIQLI включает 36 вопросов, касающихся 5 основных категорий качества жизни: общее субъективное восприятие своего здоровья (BC3), психическое состояние (ПС), физическое состояние (ФС), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование (РФ). Суммарный показатель КЖ называется «гастроинтестинальный индекс» (ГИ). Половина вопросов GIQLI касается оценки симптомов.

Результаты и обсуждение

Анализируя результаты исследования качества жизни с помощью специализированного теста GIQLI, было выявлено снижение показателей во всех исследуемых группах по сравнению с контролем.

При анализе средних значений ГИ в исследуемых группах установлено, что самое низкое значение данного показателя ($92,4 \pm 3,7$ баллов) наблюдается в

группе пациентов после дистальной резекции желудка по Billroth I. Незначительно выше был гастроинтестинальный индекс у неоперированных пациентов. В III и IV группах значения ГИ достоверно выше, чем у неоперированных пациентов ($p < 0,0001$) и больных оперированных по классической методике ($p < 0,0001$), хотя и не достигают показателей контрольной группы.

Нами отмечено, что у каждого обследуемого в группах неоперированных пациентов и пациентов, оперированных по Billroth I, был снижен показатель качества жизни. Снижение ГИ в группе пациентов после дистальной резекции желудка с формированием жома отмечалось в $97,4 \pm 1,5\%$ случаев, а в группе больных после дистальной резекции желудка с формированием жома и клапана-створки частота выявления снижения данного показателя относительно контрольных значений была самой низкой — $82,1 \pm 3,7\%$.

Важным моментом работы явилось изучение влияния изменения каждой категории тестирования на суммарный показатель ГИ.

Наиболее выраженное снижение показателя по категории BC3 наблюдалось в группе пациентов, оперированных по классической методике (Бильрот-1). Незначительно выше (различия статистически незначимы) показатели в группе неоперированных пациентов. Количество баллов в категории BC3 у пациентов, оперированных с использованием арелюксных анастомозов (III и IV группы), достоверно не отличалось, однако было статистически значимо выше, чем у неоперированных пациентов ($p = 0,0001$) и у больных с оперативным вмешательством по Бильрот-1 ($p = 0,0001$).

Результаты исследования по категории ПС характеризуются однородностью средних значений данного показателя в группах I, II и III. В IV группе показатели ПС были статистически достоверно выше, чем у обследуемых вышеперечисленных групп ($p = 0,0001$).

При анализе результатов оценки ФС были выявлены закономерности, анало-

гичные установленным при анализе категории ВСЗ. В группах неоперированных пациентов и больных, оперированных по Бильрот-I, наблюдались наиболее низкие показатели ФС, которые отличались между собой незначительно. Достоверно выше по сравнению с показателями вышеперечисленных групп были средние оценки по шкале «физическое состояние» у пациентов III группы ($p=0,0001$) и IV группы ($p=0,0001$), но не достигали значений контрольной группы.

Наиболее близкие к контрольным значениям показатели по шкале СФ выявлены у пациентов III группы, причем различие между показателями III и IV групп является статистически незначимыми. Достоверно ниже по сравнению с данными группами оценивают свою социальную роль неоперированные больные ($p=0,0001$; $p=0,02$) и пациенты с оперативным лечением по Бильрот-I ($p=0,0001$).

Показатель РФ в III группе сохранялся на уровне значений контрольной группы. Несколько ниже была оценка ролевого функционирования в IV группе, однако снижение это являлось статистически достоверным по сравнению с контрольной группой ($p=0,05$), а по отношению к III группе было незначимым. Статистически достоверное отличие данного показателя по сравнению с группами пациентов, оперированных по модифицированным методикам, установлено в группах неоперированных больных ($p=0,0001$) и пациентов, леченных по Бильрот-I ($p=0,0001$).

Изучив влияние оценки каждой категории на общий уровень КЖ, мы определили, что вклад каждой категории в суммарную оценку КЖ у пациентов в исследуемых группах и в контроле не различается. Следовательно, снижение КЖ в целом, по данным специализированного теста GIQLI, у пациентов всех обследуемых групп определяется не выраженным снижением оценки по какой-то отдельной категории, а одновременным снижением оценки по всем категориям теста.

Сравнение результатов оценки КЖ с помощью SF-36 с данными, полученными при исследовании контрольной группы и между отдельными группами, выявило следующие закономерности (рис.2):

- в группе I и группе II оценка КЖ по всем категориям SF-36 достоверно ниже контрольных значений;
- наиболее близкие к контрольным значениям показатели тестирования установлены в группе пациентов, оперированных с формированием жома и клапана-створки в области анастомо-

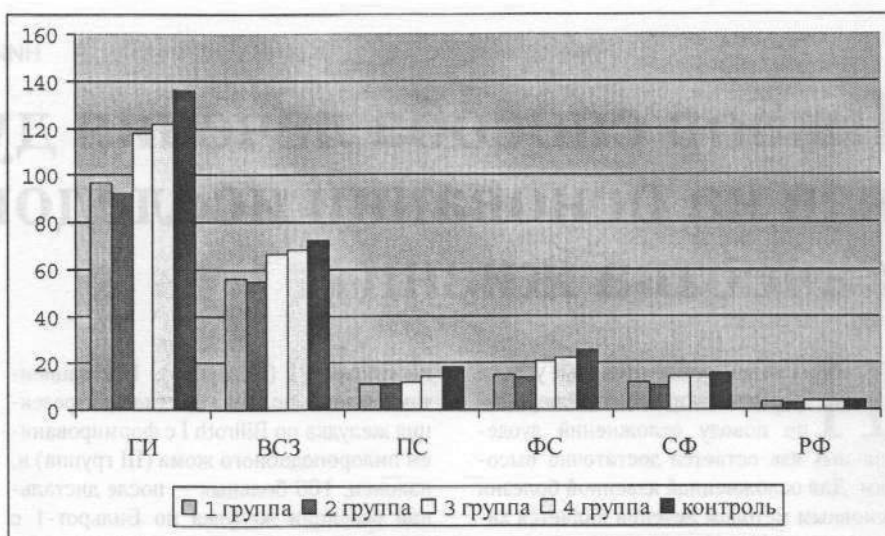


Рис. 1. Показатели КЖ по тесту GIQLI

за; достоверное снижение показателей от нормальных значений наблюдаются только по двум категориям — «общее здоровье» и «психическое здоровье»;

- показатели пациентов после дистальной резекции желудка с формированием пилорус-моделирующего жома достоверно ниже контрольных значений по 3 категориям («общее здоровье», «психическое здоровье», «физическая работоспособность»);

• Показатели пациентов, оперированных с формированием арефлюксных анастомозов, не имеют достоверных различий по сравнению друг с другом, за исключением категории «энергичность».

• Средние значения показателей, полученных при оценке КЖ с помощью SF-36 в группе неоперированных пациентов и в группе больных, оперированных по классической методике (II группа), снижены по всем категориям теста по сравнению с пилорус-моделирующими методиками.

Частота встречаемости снижения показателей в I и II группах по всем категориям SF-36 превышает 50% уровень, а по четырем категориям достигает 100%. В III и IV группах пациентов встречаемость отклонения оценок по категориям SF-36 достоверно реже по сравнению с I и II группами ($p=0,01$), за исключением категории «общее здоровье».

Был также проведен сравнительный анализ результатов оценки КЖ с помощью универсального и специализированного тестов среди обследуемых пациентов с целью изучения 3 компонентов качества жизни: физического, психологического и общественной жизни. Для этого анализировали частоту выявления снижения показателей отдельных кате-

горий по данным GIQLI и SF-36. Нами установлено, что частота выявления дискомфорта со стороны физических составляющих КЖ достоверно выше при использовании GIQLI (т.е. это может быть объяснено как большая чувствительность специализированного теста). Максимальная частота встречаемости снижения оценки физического компонента по данным обоих опросников, относительно контрольных уровней наблюдается у пациентов, оперированных по Бильрот-I. Незначительно ниже данный показатель у неоперированных пациентов.

При анализе психологической составляющей КЖ установлено, что в I и II группах нет достоверных различий в выявлении сниженных показателей по данным обоих тестов. Частота выявления показателей ниже контрольных значений в данных группах составляет 100%. Однако, в III и IV группах пациентов различие по данным показателям при использовании обоих тестов является статистически значимым. При этом GIQLI обнаруживает снижение оценки психологических составляющих у большинства пациентов III и IV групп (частота встречаемости колеблется от 88 до 98%), тогда как SF-36 выявляет низкие частоты нарушений психологического статуса.

Интересно отметить, что нарушения по физическому и психологическому компонентам чаще выявляются по данным GIQLI, а снижение КЖ по составляющей общественной жизни — по данным SF-36. Причем уровень составляющей общественной жизни у неоперированных пациентов не отличался по данным обоих тестов. В остальных же исследуемых группах при тестировании с помощью SF-36 были выявлены более высокие

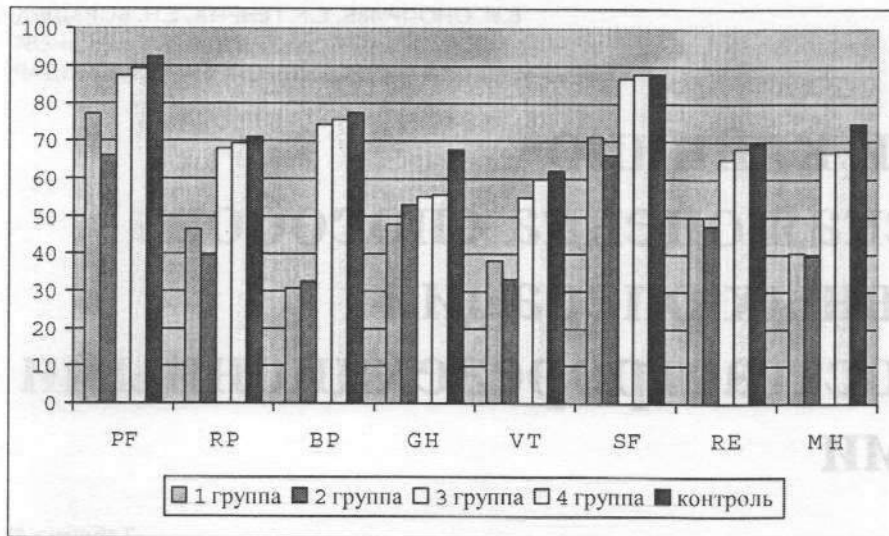


Рис. 2. Показатели КЖ по тесту SF-36

частоты встречаемости снижения показателей по сравнению с GIQLI.

Таким образом, полученные нами результаты сравнительного анализа применения универсального и специализированного тестов оценки КЖ у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки показывают более высокую частоту встречаемости снижения КЖ по данным специализированного теста по сравнению с универсальным. Данный факт может расцениваться как показатель более высокой чувствительности специализированного теста в оценке КЖ данной категории пациентов.

Было определено, что влияние возраста на показатели оценки КЖ является статистически незначимым, за исключением возрастного периода 51-60 лет. У данной категории пациентов во всех исследуемых группах наблюдалось снижение ГИ. Достоверного влияния пола пациента на ГИ не выявлено.

Анализ результатов изменения значений ГИ от продолжительности периода после операции показал отсутствие достоверных различий ГИ от исследуемого фактора

Подтверждением отсутствия закономерности изменения оценки КЖ от периода после оперативного вмешательства у пациентов ЯБ является также отсутствие достоверной корреляционной связи между исследуемыми показателями.

Выводы:

1. Уровень качества жизни у пациентов язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки получающих консервативное лечение ниже, чем у пациентов в отдаленные сроки после резекции желудка с использованием арефлюксных анасто-

мозов, но выше, чем у пациентов в отдаленные сроки после резекции желудка по Бильрот-1.

2. Уровень качества жизни в отдаленные сроки после пилорусмоделирующих операций по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не отличается от уровня качества жизни здоровых лиц по большинству показателей, что доказывает высокую эффективность разработанных методик.

3. Корреляционной зависимости между уровнем качества жизни пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и полом, возрастом и длительностью послеоперационного периода не выявлено.

4. С целью достижения качества жизни пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки уровня здоровых лиц целесообразно использовать для

оперативного лечения пилорусмоделирующие технологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. — М., 1996. — С. 33-35.
2. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 1999. — №7 — С. 19 — 22.
3. Кравцова Т.Ю. Механизмы дизрегуляции при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Росс. Гастроэнтерологический журнал. — 2000. — № 1. — С. 4 — 6.
4. Крылов Н.Н., Кузин М.И. К методике оценки результатов операций на желудке // Хирургия. — 2000. — № 2. — С. 17 — 20.
5. Eypasch E. et al. Quality of life and gastrointestinal surgery a clinimetric approach to developing an instrument for its measurement // Theor. Surg. — 1990. — Vol. 5. — P.3-10.
6. Guyatt G. et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease // Gastroenterology. — 1989. — Vol.96. — P.804-810.
7. Troidl H. et al. Quality of life: an important endpoint bath in surgical practice and research // J.chron.Dis. — 1987. — Vol. 40, №6. — P.523-528.
8. Wood-Dauphinee S.L., Troidl H. Assessment quality of in surgical studies // Theor.Surg. — 1989. — Vol.4. — P. 35-44.
9. Klempa I. et al. Comparison of pancreatic function a life quality after duodenum-preserving-resection of the pancreas and pancreaticoduodenectomy // International surgical week. — Lisbon, 1995. — P. 254.

ЭТО ИНТЕРЕСНО!

Длина толстого отдела кишечника — 1,5 м. Продолжительность пребывания пищи в толстой кишке: в слепой — 7 часов, в восходящей, поперечной ободочной и нисходящей — 9 часов, в сигмовидной и прямой — 34 часа. Таким образом, с фекалиями выводятся остатки пищи, съеденной 2 дня назад. В фекальных массах содержатся около 200000 миллиардов микробов, которые обеспечивают брожение и гнилостное разложение, сопровождающееся высвобождением газов. Это происходит в среднем 8 раз в сутки и 2900 раз в год. За всю жизнь мужчина выпускает 209000 зарядов с шумовым эффектом, женщина — 232000.

Леони Д., Берте Р., 1997

В.И. ОНОПРИЕВ, С.Р. ГЕНРИХ, Е.Н. БОРЗДЫХ
РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ, КРАСНОДАР

Обоснование и клинико-физиологическая оценка способов реконструктивных операций у больных с постгастрорезекционными расстройствами

Резекция желудка до сих пор является распространенной операцией при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако у 15-40% больных, перенесших резекцию желудка, развиваются постгастрорезекционные синдромы, которые в большинстве случаев ухудшают качество жизни, снижают работоспособность и приводят к инвалидизации. Для многих хирургов особые трудности возникают при выборе способа хирургического лечения, так как этот раздел реконструктивно-восстановительной хирургии желудка разработан недостаточно и в литературе отсутствуют патогенетически обоснованные рекомендации по коррекции сочетанных постгастрорезекционных расстройств.

Абсолютными показаниями к реконструктивной операции при этих расстройствах являются: пептические язвы гастроэнтероанастомоза, длительно не поддающиеся медикаментозной терапии, или язвы гастроэнтероанастомоза и начального отдела отводящей петли с угрозой кровотечения; демпинг-синдром тяжелой степени тяжести; синдром приводящей петли; выраженный дуодено-гастральный и энтеро-гастральный рефлюкс, рефлюкс-эзофагит оперированного желудка и их сочетание.

В РЦФХГ разработаны и внедрены с 1997 года модели реконструктивных операций, предусматривающие воздействие на основные патогенетические варианты развития сочетанных постгастрорезекционных расстройств после первичной резекции желудка.

Материал и методы

В РЦФХГ под наблюдением с 1997 г. по 2004 г. находились 73 пациента с постгастрорезекционными расстройствами после резекции 2/3 желудка способом Бильрот II по поводу язвенной болезни

ДПК. Женщин было 20, мужчин — 53, в возрасте от 30 до 65 лет. Из них 27 мужчинам и 13 женщинам выполнена реконструктивная операция с учетом коррекции сочетанных постгастрорезекционных расстройств в наших модификациях.

Всем пациентам проводилась качественная предоперационная диагностика, включающая ультрасонографию органов брюшной полости и забрюшинного пространства, фиброгастродуоденоскопию с забором биопсийного материала слизистой оболочки культи желудка на удалении от 3 до 6 см от гастроэнтероа-

настомоза (ГЭА), из области ГЭА и начального отдела отводящей петли ГЭА, исследование секреторной функции культи желудка, рентгенологическое исследование органов брюшной полости с бариевой взвесью, проводилась оценка моторной деятельности желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, на основании комплексного обследования больных в предоперационном периоде, нами установлено, что у перенесших резекцию желудка по Бильрот II в 7,5 % случаев имеется сочетание демпинг-синдрома

Таблица 1
Распределение больных в зависимости от степени тяжести доминирующего синдрома после резекции желудка по Бильрот II

Название синдро- мов	Степень тяжести синдрома (в баллах)				
	Стадии				
ДС	легкая 1 б		средняя 2 б	тяжелая 3 б	
ХНДП	компенсации 1 б		субкомпенса- ции 2 б	декомпенсации 3 б	
Рефлюкс- эзофагит					
Класси- фикация Савари- Миллера	1 стадия 0,5 б	2 стадия 0,5 б	3 стадия 2 б	4 стадия 3 б	5 стадия 4 б
Лос-Ан- желесская классифи- кация	Стадия А 1 б		Стадия В 2 б	Стадия С 3 б	Стадия D 4 б
ГПОД	1 степень 1 б		2 степень 2 б	3 степень 3 б	
ПЯ	Эрозивный анасто- мозит 2 б		Истинная пеп- тическая язва 3 б	Деструктивные формы 4 б	

Таблица 2
Виды реконструктивных операций в зависимости от характера сочетанных постгастрорезекционных синдромов

Название синдромов и балльная оценка	Число больных	Вид реконструктивной операции
ДС, ГПОД, РЭ (6 баллов и более) ДС, ХНДП, ГПОД, РЭ (7 баллов и более) ПЯ, ХНДП, РЭ (6 баллов и более) Желудочно-тонкокишечные свищи	17	Операция: селективная ваготомия, снятие ГЭА, резекция культи желудка, наложение концево-петлевого ГЭА, двойное дренирование ДПК, формирование арефлюксной кардии.
ХНДП, РГ, РЭ (6 баллов и более)	4	Операция: селективная ваготомия, формирование арефлюксной кардии, снятие ГЭА, наложение концево-петлевого ГЭА с выведением ДПК из-под корня брыжейки.
ГПОД, РЭ (6 баллов и более)	18	Операция: селективная ваготомия, формирование арефлюксной кардии
ГПОД, РЭ 5 стадия (пищевод Баррета) (6 баллов и более)	1	
Всего	40	

(ДС) средней и тяжелой степени с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и рефлюкс-эзофагитом (РЭ), в 20% случаев — сочетание демпинг-синдрома с хроническим нарушением дуоденальной проходимости (ХНДП), ГПОД и РЭ, в 10% случаев — ХНДП с рефлюкс-гастритом (РГ) и РЭ, в 45% случаев — ГПОД с РЭ. У 1 пациента (2,5%) выявлена ГПОД, пищевод Баррета 1-го типа в сочетании с демпинг-синдромом легкой степени тяжести. В 10% случаев выявлена язвенная болезнь желудка (ЯБ) в сочетании с ХНДП и рефлюкс-гастритом, в 5% случаев — желудочно-тонкокишечные свищи.

Из сочетанных постгастрорезекционных синдромов доминирующими являются следующие: демпинг-синдром средней и тяжелой степени тяжести; язвенная болезнь желудка (эрозивный анатомозит, длительно не поддающийся медикаментозной терапии, истинная язвенная болезнь, деструктивные формы ЯБ, желудочно-тонкокишечные свищи); рефлюкс-эзофагит 3,4,5 стадии по классификации Савари-Миллера и стадий В, С, D по Лос-Анджелесской классификации; хронические нарушения дуоденальной проходимости в стадии субкомпенсации и декомпенсации; рефлюкс-гастрит средней и тяжелой степени тяжести; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Существующие в литературе классификации постгастрорезекционных расстройств (ПГРР) не удовлетворяют требованиям хирургов в отношении абсолютных и относительных показаний к оперативному реконструктивному вмешательству, в связи с чем нами предпринята попытка создания принципиально новой рабочей классификации, которая предусматривает балльную оценку клинических степеней тяжести проявлений ПГРР.

Абсолютными показаниями к реконструктивной операции является суммарное количество от 6 до 9 и более баллов.

Эта же классификация используется и в послеоперационном периоде, оценка в баллах характеризует наличие или же отсутствие патологических синдромов с учетом имеющихся общепринятых классификаций.

Результат расценивается нами как хороший и отличный, если суммарное количество — от 1 до 4 баллов, удовлетворительный при сумме баллов от 4 до 5, неудовлетворительный — более 5 баллов.

Для комплексной характеристики преимуществ избранной технологии хирургической коррекции в отдаленном периоде при помощи балльной оценки тяжести состояния больных в предоперационном периоде нами введен показатель регрессии (ПР) патологических синдромов в послеоперационном периоде.

ПР=исходная суммарная степень тяжести (в баллах) / отдаленные результаты (в баллах).

Пример 1. В предоперационном периоде у пациентов выявлен ДС средней степени тяжести (2 балла), ХНДП в стадии субкомпенсации (2 балла), ГПОД 2-й степени (2 балла), РЭ 3-й стадии по классификации Савари-Миллера и стадия В по Лос-Анджелесской классификации (2 балла). Исходная суммарная степень тяжести 8 баллов — абсолютные показания к реконструктивной операции.

Отдаленный результат: ДС легкой степени тяжести (1 балл), ХНДП не выявлено, ГПОД устранена, РЭ 1-й—2-й стадии, стадия А (1 балл), сумма 2 балла.

ПР=4,0

Пример 2. В предоперационном периоде у пациентов выявлена истинная язвенная болезнь желудка гастроэнтеноанастомоза (3 балла), ХНДП в стадии декомпенсации (3 балла), РЭ 4-й стадии по классификации Савари-Миллера и стадия С по Лос-Анджелесской классификации (3 балла).

Исходная суммарная степень тяжести 9 баллов — абсолютные показания к реконструктивной операции.

Отдаленный результат: рецидива язвенной болезни не выявлено, ХНДП в стадии компенсации (1 балл), РЭ 1—2 стадии, стадия А (1 балл), сумма 2 балла.

ПР=4,5

Результаты и обсуждение

В отдаленный послеоперационный период (более 2 лет) после реконструктивной операции проводилось анкетирование 36 пациентов (90%), из них комплексно обследованы в условиях стационара 18 человек (45%).

В соответствии с принятой нами классификацией получены следующие результаты: ПР от 1 до 4 отмечен у 14 пациентов (хороший и отличный результат), ПР 4-5 выявлен у 4 пациентов (удовлетворительный результат). ПР более 5 не выявлен ни в одном случае.

При проведении эндоскопического исследования у 9 больных (22,5%) выявлен поверхностный гастрит культи желудка, у 5 (12,5%) — очаговый атрофический гастрит, у 4 (10%) — признаки анатомозита. Рецидива язвенной болезни и ГПОД не наблюдалось. При проведении рентгенологического исследования пассажа бариевой взвеси данных за рецидив ГПОД не получено, среднее время начала опорожнения культи желудка после формирования концево-петлевого гастроэнтеноанастомоза составило 38,2 сек.±3 сек. Опорожнение культи наполовину менее чем за 30 + 5 минут наблюдали у 5 пациентов (12,5%), нормальный темп эва-

куации из культи желудка отмечен у 12 больных (30%). У 1 пациента (2,5%) выявлен ускоренный темп эвакуации.

Исследование моторной деятельности верхних отделов ЖКТ у 6 пациентов показало, что у 4 (6,6%) имеется гипотонически-гипокинетический тип моторики культи желудка, у 2 (3,3%) гипотонически-нормокинетический тип моторики. 1 пациенту в раннем послеоперационном периоде проводилась прямая эндосерозальная электростимуляция с миоэлектрографией ДПК.

Выводы:

Формирование арефлюксных конструкций в области пищевода-желудочного и желудочно-кишечного пере-

ходов (создание арефлюксной кардии и концево-петлевого гастроэнтероанастомоза, а также включение в пассаж ДПК) являются несомненными преимуществами избранной технологии хирургического лечения пациентов с данной нозологией, т.к. восстанавливают нарушенные моторно-эвакуаторные функции органов ЖКТ. Полученные результаты от реконструктивных операций, применяемых у больных с сочетанными постгастрорезекционными расстройствами, мы рассматриваем как хорошие и отличные.

Введенный показатель регрессии патологических синдромов значительно упрощает оценку отдаленных результа-

тов, позволяет в той или иной мере определить абсолютные показания к реконструктивной операции, т.к. базируется на основных общепринятых клинко-физиологических классификациях постгастрорезекционных синдромов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. В.А. Овчинников, А.В. Меньков Хирургия пептических язв оперированного желудка, Нижний Новгород, 2002г. стр.14-15, 55-56, 59-63.

2. А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков и др. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы Журнал «Вестник хирургии имени Грекова» №1, 200-2г. стр.23-28.

В.В. ОНОПРИЕВ, С.Ю. ВАЩЕНКО, Е.Н. БОРЗДЫХ, Р.Г. РЫЖИХ,
РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ, КРАСНОДАР

Случай успешного применения эндосерозальной низкочастотной электростимуляции в раннем послеоперационном периоде у больного после реконструктивной операции по поводу сочетанных постгастрорезекционных расстройств

Известно, что двенадцатиперстная кишка (ДПК) имеет определяющее значение в работе комплекса органов гепато-панкреато-билиарной системы (печень, поджелудочная железа, желчный пузырь и т.д.). После резекции 2/3 желудка способом Бильрот II в модификациях, предусматривающих выключение ДПК из пищеварения, развиваются наиболее тяжелые сочетанные постгастрорезекционные расстройства (СПГРР) [1]. Так, у пациентов, проходивших комплексное обследование и лечение в РЦФХГ, после перенесенной резекции желудка с наложением гастро-еюнального анастомоза по Бильрот II наблюдались тяжелые нарушения моторно-эвакуаторной активности верхних отделов ЖКТ. Отсюда крайне важным является восстановление естественного пассажа пищи, путем применения,

Таблица 1
Виды реконструктивных вмешательств в зависимости от характера СПГРР с указанием доминирующего синдрома

Синдромы	Вид операции
Демпинг-синдром средней и тяжелой степени тяжести + ГПОД, РЭ, желудочно-тонкокишечные свищи	Селективная ваготомия, формирование арефлюксной кардии, резекция культи, наложение концево-петлевого гастроэнтероанастомоза с двойным дренированием ДПК
РЭ + ГПОД	Селективная ваготомия, формирование арефлюксной кардии
Демпинг-синдром средней и тяжелой степени тяжести + ХНДП + ГПОД + РЭ ПЯ + ХНДП + РГ ХНДП + РГ + РЭ	Селективная ваготомия, формирование арефлюксной кардии, резекция культи, наложение концево-петлевого гастроэнтероанастомоза с двойным дренированием и выведением ДПК из-под корня брыжейки

после первичной калечащей операции, хирургической реконструктивной технологии с включением ДПК и форми-

рованием арефлюксных конструкций в области пищевода-желудочного и желудочно-тонкокишечных переходов.

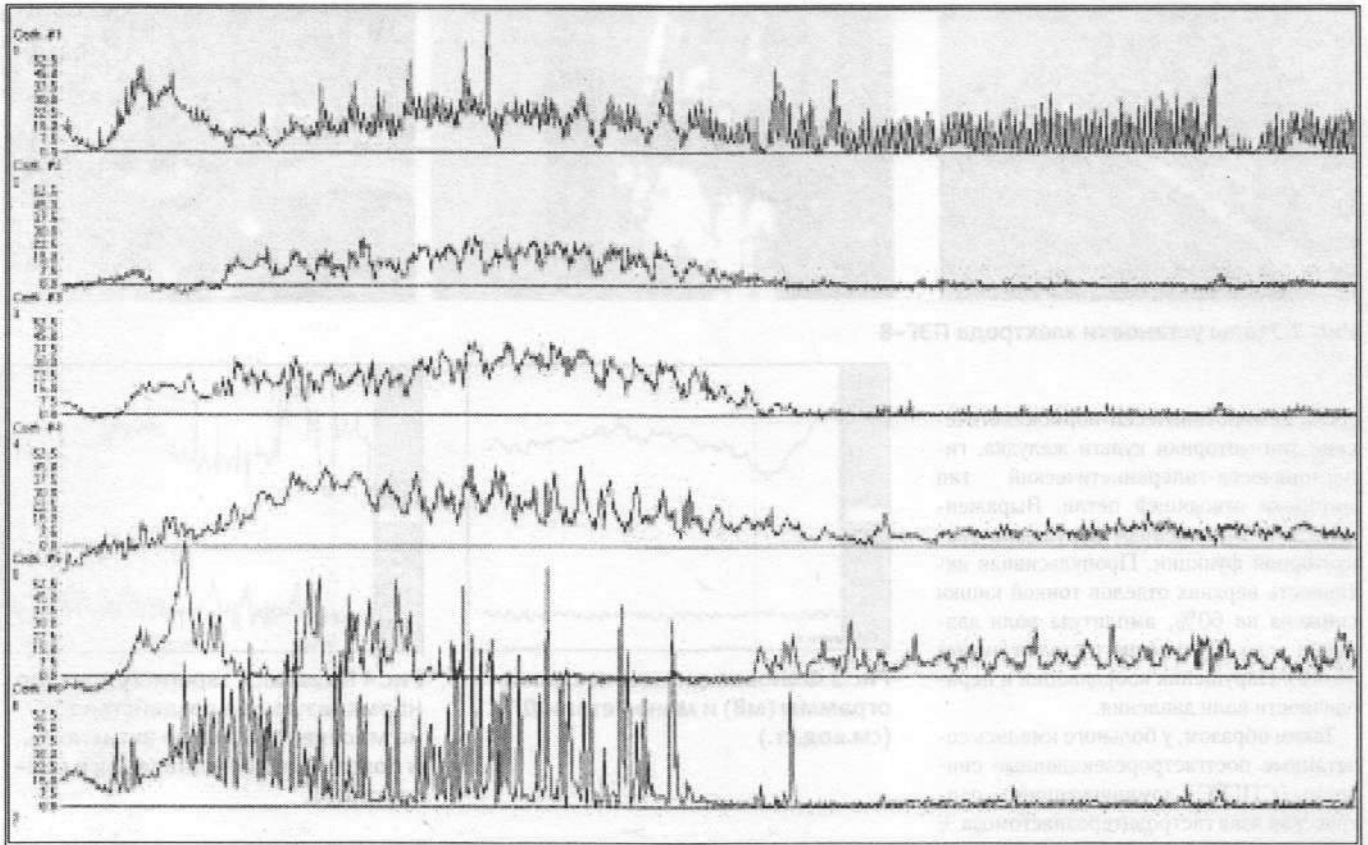


Рис.1 На тензограмме зарегистрирован момент прохождения мигрирующего моторного комплекса по отводящей петле тонкой кишки, во время которого повышение базального давления в кишке распространяется и в полость культи желудка, что свидетельствует об отсутствии физиологического разобщения культи желудка и тонкой кишки, систематическом забросе кишечного содержимого в полость культи желудка, нарушении эвакуаторной функции ГЭА

В настоящее время в РЦФХГ разработаны и успешно применяются принципиально новые технологии комплексной хирургической коррекции этих расстройств.

На основании комплексного обследования больных с резекцией желудка способом Бильрот II в РЦФХГ в предоперационном периоде нами установлено, что чаще всего демпинг-синдром (ДС) сочетался с синдромом приводящей петли (СПП) — показаниями к первичной резекции у этой группы больных являлось хронические нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП), грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и рефлюкс-эзофагитом (РЭ) (20% случаев). В 10% случаев пептическая язва гастростроэнтероанастомоза (ПЯ ГЭА) сочеталась с рефлюкс-гастритом (РГ) и ХНДП, в 45% случаев выявлена ГПОД с РЭ, в 7,5% случаев — ДС средней и тяжелой степени с ГПОД, в 10% случаев выявлены деструктивные формы пептической язвы в сочетании с ХНДП и РГ, в 5% случаев — желудочно-тонкокишечные свищи, в 2,5% случаев — пищевод Баррета I типа сочетался с РЭ.

Хирургическая тактика в отношении реконструктивных вмешательств этим больным строится в зависимости от доминирующего синдрома.

Однако несмотря на безусловную эффективность данной реконструкции у наших пациентов, в 60% случаев еще длительно (до 10 суток) сохраняются симптомы недостаточности включенной в пассаж ДПК (дуоденостаз, гастростаз, послеоперационный парез тонкого кишечника), что обусловлено иногда сроком ятрогенной болезни (20 и более лет).

Наше исследование направлено на определение эффективности применения низкочастотной прямой эндосерозальной элестростимуляции ДПК у данной группы больных с целью коррекции моторно-эвакуаторных нарушений ЖКТ.

Клинический пример. У больного Р., 1962 г.р., на основании характерных жалоб на постоянные боли в эпигастриальной области, тошноту, изжогу, выраженную слабость, неустойчивый стул, данных анамнеза (язвенная болезнь ДПК с 1994 г., в 1996 г. выполнена дуоденопластика по поводу язвенной болезни ДПК, ослож-

ненной кровотечением, в 1996 г. — резекция 2/3 желудка способом Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финistere-ра по поводу пенетрирующей язвы ЛДПК в головку поджелудочной железы, 1996 г. — устранение тонкокишечной спаечной непроходимости), данных инструментальных исследований (ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, рентгеноскопии органов ЖКТ с бариевой взвесью, манометрического исследования органов ЖКТ) установлен диагноз: Болезнь оперированного желудка: Пептическая язва гастростроэнтероанастомоза в стадии рубцевания. Анастомозит. Катаральный гастрит культи желудка. Недостаточность кардии. Энтерогастральный рефлюкс Анастомозит. Нефиксированная аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гипотонически-нормокинетический тип моторики культи желудка, гипертонически-гиперкинетический тип моторики отводящей петли. Выраженный энтерогастральный рефлюкс. Выраженные нарушения эвакуаторной функции.

Приводим заключение исследования моторной деятельности органов ЖКТ

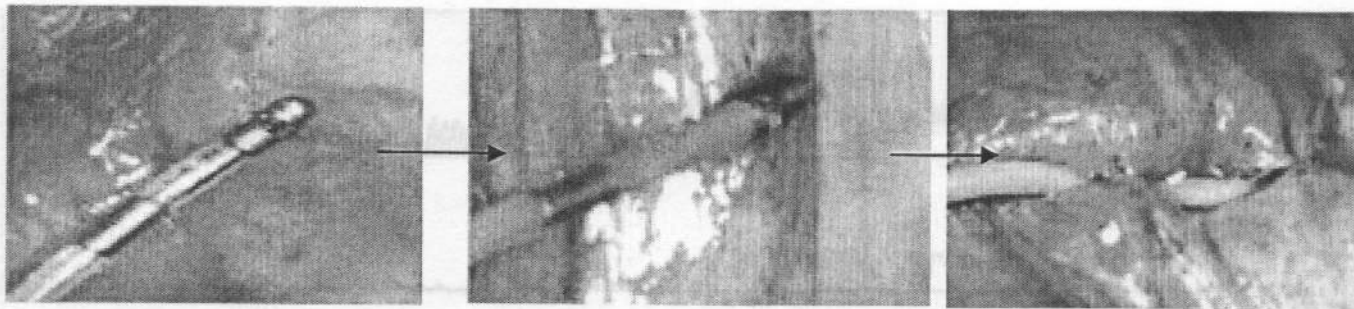


Рис. 2 Этапы установки электрода ПЭГ-8

(рис. 1): Гипотонически-нормокинетический тип моторики культи желудка, гипертонически-гиперкинетический тип моторики отводящей петли. Выраженный ДГР. Выраженные нарушения эвакуаторной функции. Пропульсивная активность верхних отделов тонкой кишки снижена на 60%, амплитуда волн давления — до 19 см водного столба (норма 35-40). Нарушения координации и периодичности волн давления.

Таким образом, у больного имелись сочетанные постгастрорезекционные синдромы (СПГРС): доминирующий — пептическая язва гастроэнтероанастомоза + ГПОД + ХНДП + РГ. Определены показания для проведения эндосерозальной, низкочастотной электростимуляции (ЭС), включенной в пассаж ДПК.

Выполнена операция: селективная ваготомия, резекция культи желудка, наложение концево-петлевого гастроэнтероанастомоза с двойным дренированием и выведением ДПК из-под корня брыжейки. На завершающем этапе операции по противобрыжечному краю ДПК, на 3 см ниже анастомоза эндосерозально имплантированы два стандартных электрода ПЭГ-8. Расстояние между электродами 3 см, приборная часть провода выведена на переднюю стенку живота (рис. 2).

Процедуры электростимуляции начали с первых суток после операции. Утром больному проводили 30-минутную регистрацию базальной электрической активности ДПК. Затем проксимальный электрод подключали к стимулятору и проводили 10-минутный сеанс электростимуляции. Для стимуляции применены прямоугольные импульсы частотой 13 в минуту, продолжительностью 300 мс и силой тока 4 мА, с изменением полярности тока в каждом следующем импульсе аналогично параметрам, описанным Lin (1998) и предварительно апробированным нами в эксперименте, где использовали аналогичный подход (частота приложенных электрических импульсов должна равняться частоте миоэлектрической активности данного органа в нор-

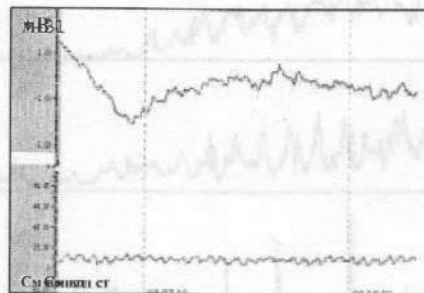


Рис.3 Фоновая запись электромиограммы (мВ) и манометрии ДПК (см.вод.ст.)

ме). После сеанса электростимуляции проводили регистрацию электрической активности с обоих электродов в течение следующих 30 минут. В течение всей процедуры через назоудоденальный зонд регистрировали колебания внутрипросветного давления. Исследования проводили ежедневно в течение 10 суток.

Результаты

В послеоперационном периоде у больного были выявлены грубые нарушения миоэлектрической активности ДПК, ритмичность медленных волн (МВ) не определялась.

Проведение сеансов электростимуляции вызывало навязывание ритма МВ

После проведения электростимуляции средняя продолжительность МВ приближалась к норме ($13 \pm 0,7$ с), значительно уменьшалась ее вариабельность (до $1,7 \pm 0,9$ с) в сравнении с фоновыми значениями на первые сутки. В этом проявлялось нормализующее влияние ЭС на собственную электрическую активность ДПК.

На вторые сутки после операции у пациента зарегистрировано появление моторной активности в ДПК по данным манометрического исследования, которая затем сопровождалась позывами на дефекацию (рис.3).

Самостоятельный стул появился на 4-е сутки послеоперационного периода. По результатам УЗИ активная перистальти-

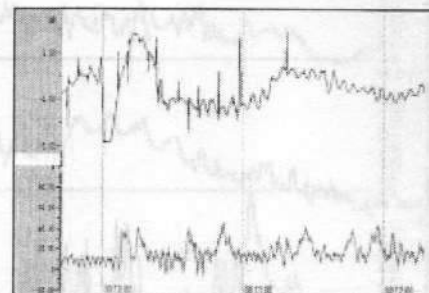


Рис.4 На записи зарегистрировано нормализующее воздействие ЭС на миоэлектрическую активность и появление волн давления в просвете ДПК

ка отмечена на 4-е сутки, признаков гастростаза и дуоденостаза не выявлено. Назоудоденальный зонд удален на 6-е сутки, начат питьевой режим. Самостоятельный прием пищи разрешен на 7-е сутки. Больной выписан из стационара на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Применение ЭС имеет перспективы к применению в раннем послеоперационном периоде, так как эффективно восстанавливает ритм МВ, что, несомненно, приводит к быстрому восстановлению моторной функции ДПК. В итоге в послеоперационном периоде мы отказались от применения прокинетики, а потребность в назогастральном зонде сократилась на двое — трое суток. Пероральное питание начали на 7-е сутки, что на 2-3 дня раньше, чем у больных из контрольной группы (по данным ретроспективного анализа ИБ).

ЛИТЕРАТУРА:

1. А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков и др. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы Журнал «Вестник хирургии имени Грекова» №1, 200-2г. стр.23-28
2. Schuster Atlas of «Gastrointestinal motility in health and disease» Marvin M. Schuster, Michel D. Crowell, Tenneth L. Koch, 2000г. Desker INC Hamilton-London, стр.135-241.

К вопросу о реконструктивной еюногастропластике в лечении болезни оперированного желудка

Проблема выбора способа хирургического лечения пациентов с болезнью оперированного желудка остается актуальной до настоящего времени. Сегодня в литературе описано более 80 вариантов реконструктивных вмешательств на желудке, среди которых наиболее часто встречаются: сужение просвета гастроэнтероанастомоза, формирование «резервуара-пищеприемника», восстановление трансдуоденального пассажа пищи (редуоденизация) [2, 5, 6–8]. Вместе с тем следует признать, что при этом остается нерешенным ряд вопросов: кому и когда следует выполнять реконструктивные операции, какой вид операции предпочтительнее в том или ином случае и т.д.

В клинике под наблюдением находилось 205 пациентов с симптомами болезни оперированного желудка, в том числе 126 (61,5%) мужчин и 79 (38,5%) женщин в возрасте от 34 до 72 лет. При постановке диагноза придерживались клинико-патогенетической классификации постгастрорезекционных расстройств, которая включает демпинг-синдром (ранний и поздний), синдром приводящей петли, послеоперационный «щелочной» рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, пептическая язва тощей кишки [5].

Демпинг-синдром различной степени тяжести был выявлен у 117 (57,1%) пациентов, пептические язвы гастроэнтероанастомоза — у 59 (28,8%) (в т.ч. в 22 случаях имело место сочетание демпинг-синдрома средней степени с пептической язвой), у 23 (11,2%) больных преобладали явления рефлюкс-гастрита или рефлюкс-энтерита, и, наконец, в 6 (2,9%) случаях отмечались признаки синдрома Roux.

Проведенное консервативное лечение оказалось эффективным у 147 (71,7%) пациентов. Лучше всего консервативному лечению поддавался демпинг-синдром легкой и, отчасти, средней степени. Так, из 117 пациентов с демпинг-синдромом консервативная терапия оказалась эффективной у 94 (80,3%), в том числе у 87 — демпинг-синдром легкой степени и у 7 — средней степени тяжести.

Таблица 1
Объем операции и нозология

Объем операции / диагноз	n	Демпинг-синдром	Пептическая язва	Синдром Roux	Рефлюкс-эзофагит
Гастрэктомия	19	7	-	-	12
Резекция	39	16	20	3	-
Итого:	58	23	20	3	12

Критерием излечения пептической язвы было отсутствие рецидива в сроки более 3 лет, что и было зафиксировано у 39 (66,1%) больных.

Явления рефлюкс-эзофагита были купированы консервативно у 12 (52,2%). У 3 (50%) пациентов проявления синдрома Roux были ликвидированы консервативными мероприятиями.

Всего хирургическое лечение по поводу болезни оперированного желудка было проведено у 58 (28,3%) пациентов: 39 (67,2%) мужчин и 19 (32,8%) женщин в возрасте от 45 до 68 лет.

Среди причин выполнения первичных операций на первом месте были гастроэнтероанастомозальные язвы — 41 (70,7%) больной, далее рак желудка — 16 (27,6%) пациентов и химический ожог желудка — один (1,7%) больной.

Гастрэктомия была выполнена у 19 больных и дистальная резекция — у 39. В качестве первой операции резекция желудка в модификации Hofmeister-Finsterer была выполнена у 32 больных, методика Roux применялась у 14, пилоросохраняющая резекция — у 6, гастрэктомия по Billroth II у 5 пациентов и одна больная оперирована повторно после операции редуоденизации, выполненной в нашей клинике.

Показания к выполнению реконструктивной операции приведены в таблице 1.

Симптомы болезни оперированного желудка у 60,3% пациентов возникли в течение первого года после операции, а у 39,7% — в сроки от 2 до 5 лет.

Менее чем через год после первой операции были повторно оперированы

3 (5,2%) пациента, в сроки от 1 года до 3 лет — 24 (41,4%), от 3 до 5 лет — 21 (36,2%) и 10 (17,2%) пациентов оперированы спустя 5 и более лет после первичной операции.

Все пациенты до операции подвергались детальному обследованию с использованием общеклинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики (рентгенологические и эндоскопические исследования, трансабдоминальное ультразвуковое исследование желудка и желчевыводящих путей), изучение моторной функции желудка и трансплантата выполняли на модульной многоканальной системе для широкого спектра электрофизиологических исследований Polygraf ID. Обработка полученных данных проводилась с использованием программы Polygram NET (Medtronic A/S).

Изучение литературных данных о различных способах реконструктивных операций и собственный опыт позволили нам разработать алгоритм реконструкции с формированием искусственного «желудка» после гастрэктомии и дистальной резекции у пациентов с «болезнью оперированного желудка».

Согласно разработанному алгоритму, операция редуоденизации с формированием искусственного желудка состоит из трех основных моментов.

1. Мобилизация
2. Формирование еюнодуоденоанастомоза
3. Формирование или пластика эзофагоеюноанастомоза.

Деструктивный процесс в зоне анастомоза, наиболее выраженный у пациен-

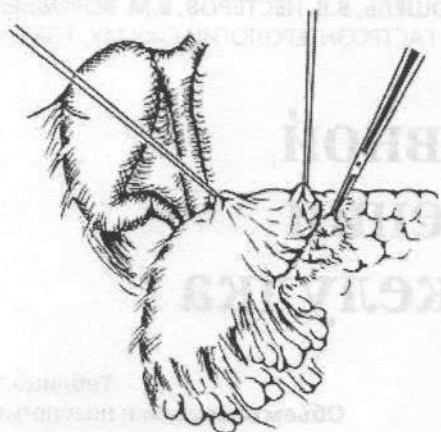


Рис. 1. Передняя стенка ДПК взята на держалки, обрабатываются сосуды подслизистой основы

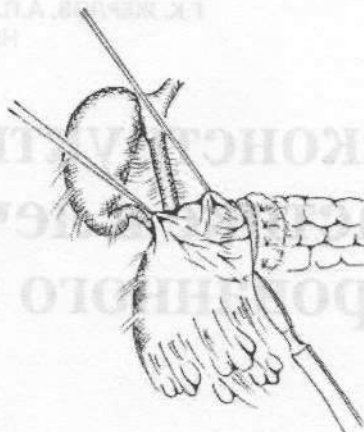


Рис. 2. Рассечена серозно-мышечная оболочка культи ДПК

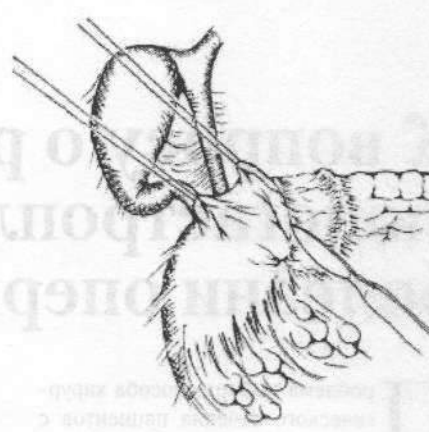


Рис. 3. Отделение мышечной оболочки задней стенки культи ДПК

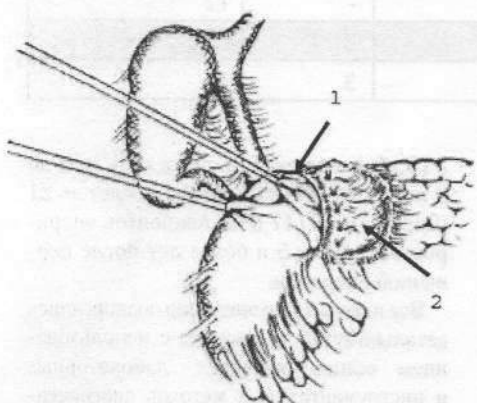


Рис. 4. Обнажена подслизистая культи ДПК (1), мышечная оболочка на головке поджелудочной железы (2)

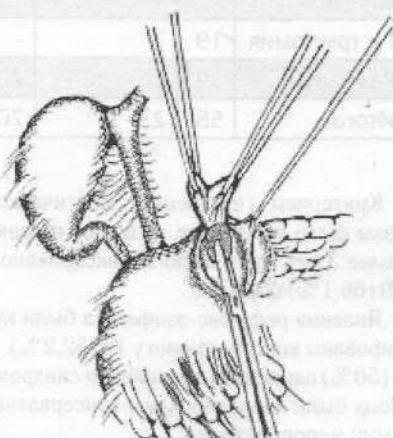


Рис. 5. Удаляется серозно-мышечная оболочка на передней стенке ДПК, подготовлен участок культи для формирования еюнодуоденального анастомоза

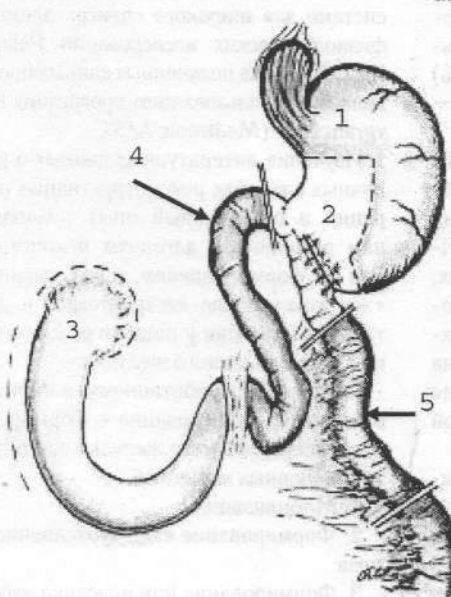


Рис. 6. Этап мобилизации и резекции культи желудка с зоной гастроэюноанастомоза. 1 – культя желудка; 2 – удаляемая часть зоны гастроэюноанастомоза; 3 – ДПК; 4 – приводящая петля; 5 – отводящая петля (трансплантат)

тов с пептическими язвами, весьма затрудняет первый этап редуоденизации — мобилизацию анастомоза. Особую осторожность следует проявить при выделении анастомоза из окна mesocolon из-за опасности повредить а. colica media, которая довольно часто вовлекается в инфильтрат вокруг пептической язвы. Приводящая и отводящая петли кишки тщательно мобилизуются.

Следующим ответственным этапом является мобилизация культи двенадцатиперстной кишки. Известно, что при глубоком расположении ДПК и наличии плотных рубцовых сращений мобилизация может вызывать определенные трудности, и это может осложнить наложение еюнодуоденального соустья из-за опасности повреждения желчного пузыря и особенно общего желчного протока.

Нами разработана собственная методика мобилизации культи ДПК (приоритетная справка № 2003127334 от 08.09.03), которая заключается в следующем. После рассечения спаек передняя стенка культи ДПК берется на держалки. В поперечном направлении рассекается серозно-мышечная оболочка на всю ширину культи, далее острым путем, прецизионно производится отделение мышечной оболочки задней стенки культи так, что она остается на головке поджелудочной железы. Таким образом, освобождается 15 — 18 мм подслизистой оболочки задней стенки культи ДПК (рис. 1 — 5). На передней стенке культи дуоденум удаляется серозно-мышечная оболочка на таком же расстоянии. Как правило, мобилизованного участка двенадцатиперстной кишки достаточно для формирования инвагинационного клапана. После мобилизации культи ДПК проводится тщательная ее ревизия на наличие оставшейся части антрального отдела желудка,

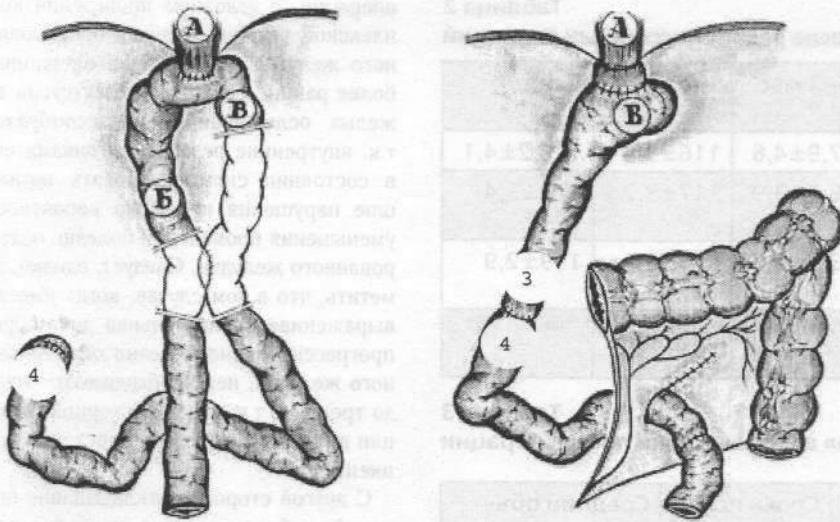


Рис. 7. Схема операции редуоденизации после гастрэктомии. 1 – пищевод, 2 – приводящая петля, 3 – отводящая петля, 4 – культя ДПК

являющейся одной из основных причин образования пептических язв.

Реконструктивный этап операции у пациентов, перенесших дистальную резекцию по Billroth II, заключается в создании трансплантата из отводящей петли тощей кишки. Для этого приводящая петля отсекается непосредственно у гастроэюноанастомоза и конец ее ушивается наглухо 2-рядным швом. При наличии пептической язвы в области желудочно-кишечного анастомоза и (или) гиперацидности производится резекция культи желудка в объеме субтотальной. Отводящую петлю отсекают на 12-14 см ниже гастроэнтероанастомоза (рис. 6).

После гастрэктомии отсекается приводящая петля на 2-3 см дистальнее пищевода-кишечного анастомоза, проксимальный конец ушивается наглухо. Отводящая петля отсекается на 14 – 16 см дистальнее пищевода-кишечного анастомоза (рис. 7). Далее приступают к формированию инвагинационно-клапанного еюнодуоденоанастомоза между отводящей петлей кишки и дуоденум, по методике, описанной нами ранее [3].

Наконец, определенные сложности могут возникнуть у пациентов с рефлюкс-эзофагитом. Выполнение реконструкции пищевода-кишечного анастомоза представляет собой весьма сложную задачу и может вызвать целый ряд серьезных осложнений, наиболее тяжелым из которых является несостоятельность анастомоза. В этой связи нами предложен способ формирования арефлюксного эзофагоэюноанастомоза, без вскрытия просвета последнего (патент РФ № 21-48958 от 20.05.2000).

В абдоминальном отделе пищевода, непосредственно у эзофагоэюноанастомоза, циркулярно рассекается мышечная оболочка пищевода, последняя, сокращаясь, оголяет подслизистую основу на протяжении 10 мм. Затем рассекаются соединительнотканые волокна между мышечным и подслизистым слоями стенки пищевода. Отсепарованная на протяжении 10-12 мм мышечная оболочка пищевода заворачивается кверху и по краю подшивается в состоянии умеренного натяжения к продольному мышечному слою пищевода. На проксимальном конце кишечного трансплантата удаля-

ется участок серозно-мышечной оболочки размером 25×30 мм., большая часть которого располагается впереди эзофагоэюноанастомоза. Задний ряд серозно-мышечных швов проходит через нижний край сформированного мышечного жома пищевода и верхний край серозно-мышечной оболочки слизисто-подслизистой площадки еюнотрансплантата. Затем передними серозно-мышечными узловыми швами, проходящими через нижний край мышечного жома пищевода и нижний край серозно-мышечной оболочки сформированной слизисто-подслизистой площадки, завершается формирование эзофагоэюноанастомоза. С целью предупреждения дезинвагинации клапана в зоне углов анастомоза накладываются по 2 серозно-мышечных шва с каждой стороны (рис. 8 а, б).

Ведение больных в раннем послеоперационном периоде после операции редуоденизации имеет некоторые особенности.

Наличие инвагинационно-клапанного еюнодуоденоанастомоза ведет к созданию определенного препятствия на пути эвакуации содержимого из культи желудка, который, в свою очередь, зачастую гипотоничен или даже атоничен. Единственным выходом из данного состояния является декомпрессия, которая осуществляется с помощью полихлорвинилового зонда.

Среднее время нахождения зонда в «желудке» составило $5,7 \pm 1,3$ сут. У 3 больных с выраженной гипотонией культи желудка и трансплантата зонд находился более 2 недель. При этом назоин-

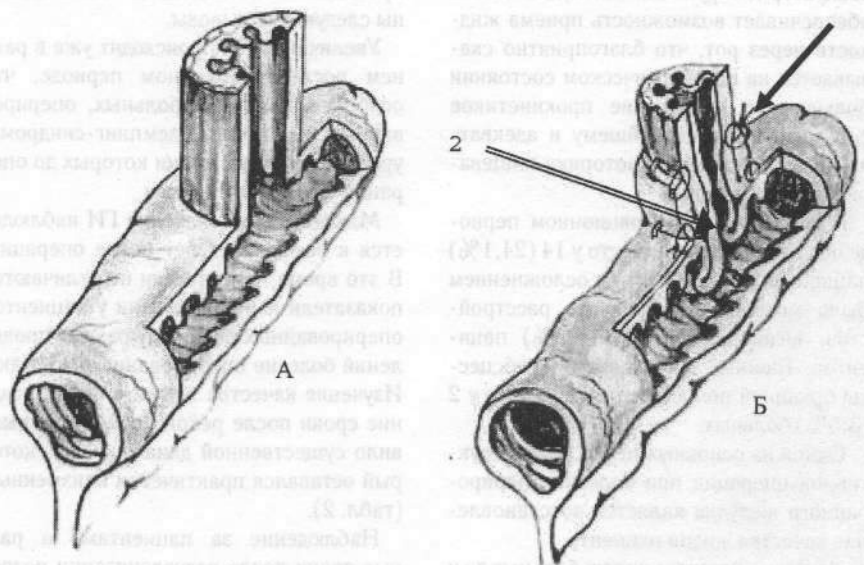


Рис. 8. А – Исходное состояние эзофагоэюноанастомоза. Б – эзофагоэюноанастомоз после реконструкции: 1 – мышечный жом пищевода, 2 – инвагинационный клапан

Таблица 2
Качество жизни после реконструктивных операций

	До операции	10–14 сут.	1,5–3 мес.	1 год	3 года
Среднее	97,5±3,4	96,8±6,1	107,9±4,6	116±3,4	120,2±4,1
Пептич- еская язва	100,5±4,8	96,9±2,5	109,2±3,9	117±3,2	121±3,4
Демпинг- синдром	91,2±5,1	95,2±4,7	103,5±5,2	115±2,6	119±2,9
Не опери- рованные	138±1,2				

Таблица 3
Объем «желудка» в разные сроки после операции

Вид операции	n	Сроки после операции	Средний объ- ем «желудка» (см ³) M±m
Субтотальная резекция	39	до операции	862,5±23,9
	39	7–14 сут.	1106,3±93,1
	38	2–3 мес.	962,5±59,3
	38	1–3 года	1152,7±59,2
	36	3–5 лет	1298,7±68,1
Гастрэктомия	19	до операции	286,3±25,3
	19	7–14 сут.	425,2±65,7
	19	2–3 мес.	367,5±43,5
	18	1–3 года	597,2±61,9
	17	3–5 лет	812,2±42,7
Неоперированный желудок	25	-	1503,7±41,8

операции, с условием проведения комплексной терапии болезни оперированного желудка. Выполнение операции в более ранние сроки (при отсутствии тяжелых осложнений) нецелесообразно, т.к. внутренние резервы организма еще в состоянии скомпенсировать возникшие нарушения и высока вероятность уменьшения проявлений болезни оперированного желудка. Следует, однако, заметить, что в том случае, когда имеется выраженная отрицательная динамика и прогрессирование болезни оперированного желудка, нет необходимости ждать до трех лет, т.к. успех повторной операции во многом зависит от состояния пациента.

С другой стороны, откладывание операций на более поздние сроки (более 3 лет) чревато не только утяжелением состояния больного за счет прогрессирования основного процесса, но также возникновением (утяжелением) проблем, связанных с нарушением единства гепатопанкреатодуоденальной зоны. Чаще всего у таких пациентов мы наблюдали явления хронического панкреатита, которые не купировались либо незначительно уменьшались даже в отдаленные сроки после редуоденизации, при том, что признаков болезни оперированного желудка уже не выявлялось.

Рентгенологическое исследование «реконструированного желудка» показало, что возникающая в раннем послеоперационном периоде у больных гипотония культи желудка и трансплантата обуславливает их замедленное опорожнение. Однако к исходу 6 мес. после операции у 87,5% пациентов происходит восстановление тонуса и перистальтики культи желудка и трансплантата. Этому, на наш взгляд, в немалой степени способствует сформированный инвагинационно-клапанный еюнодуоденоанастомоз, который, являясь определенным барьером на пути свободного опорожнения культи и трансплантата, служит стимулом для восстановления их тонуса и перистальтики. У пациентов, оперированных по поводу демпинг-синдрома, через 1–2 года после редуоденизации моторная функция желудочно-кишечного тракта восстанавливается и практически не отличается от моторной функции ЖКТ у пациентов, которым редуоденизация была выполнена по поводу пептической язвы, рефлюкс-эзофагита пр.

Одной из причин возникновения болезни оперированного желудка является ликвидация резервуарной функции желудка. Вместе с тем, изучение резервуарной функции вновь сформированного «желудка» невозможно без цифрово-

тестинальный зонд позволяет не только контролировать процесс восстановления эвакуаторной функции «желудка», но и обеспечивает возможность приема жидкости через рот, что благоприятно сказывается на психологическом состоянии больного, а назначение прокинетики способствовало скорейшему и адекватному восстановлению моторики пищеварительной трубки.

В раннем послеоперационном периоде осложнения имели место у 14 (24,1%) пациентов. Самым частым осложнением были моторно-эвакуаторные расстройства, возникшие у 10 (17,2%) пациентов. Гнойные осложнения — абсцессы брюшной полости — имели место у 2 (3,5%) больных.

Одной из основных целей реконструктивной операции при болезни оперированного желудка является восстановление качества жизни пациента.

Изучение качества жизни больных до и после редуоденизации проводилось с использованием опросника GIQLI, определяющего гастроинтестинальный индекс

(ГИ), являющийся показателем уровня качества жизни пациента. На основании проведенных исследований были сделаны следующие выводы.

Увеличение ГИ происходит уже в раннем послеоперационном периоде, что особенно заметно у больных, оперированных по поводу демпинг-синдрома, уровень качества жизни которых до операции был самым низким.

Максимальное значение ГИ наблюдается к исходу трех лет после операции. В это время практически не отличаются показатели качества жизни у пациентов оперированных по поводу разных проявлений болезни оперированного желудка. Изучение качества жизни в более поздние сроки после реконструкции не выявило существенной динамики ГИ, который оставался практически неизменным (табл. 2).

Наблюдение за пациентами в разные сроки после редуоденизации позволило нам предположить, что наиболее оптимальными сроками редуоденизации следует считать 3 года после первичной

го выражения объема культи желудка и трансплантата. Объем культи вычисляли по формуле объема бочонка с параболическим сечением, который в известной степени напоминает желудок, заполненный пищей [1].

$$V = \frac{3.14 \times l}{15} \times \left[2D^2 + D \left(\frac{d_1 + d_2}{2} \right)^2 + \frac{3}{4} \times \left(\frac{d_1 + d_2}{2} \right)^2 \right],$$

где V — объем, D — максимальный диаметр, d1 и d2 — верхний и нижний минимальные диаметры, l — длина органа.

Объем трансплантата рассчитывали по формуле объема полой трубы $R^2 \times L$, где R — радиус трансплантата, L — длина трансплантата (рис. 9).

В таблице 3 приведены сводные данные об изменении объема реконструированного желудка в разные сроки после операции. Как видно из приведенной таблицы, в отдаленные сроки и после гастрэктомии, и после субтотальной дистальной резекции желудка отмечается тенденция к увеличению объема резервуара в сравнении с дооперационными данными. Особенно наглядно данный процесс происходит в группе больных после гастрэктомии. В сравнении с объемом (286,3±25,3 см³) в раннем послеоперационном периоде, через 3-5 лет после операции объем трансплантата увеличивается почти в 2 раза (812,2±42,7 см³).

Данные рентгенологического исследования свидетельствуют, что наличие инвагинационно-клапанного еюнодуоденоанастомоза обеспечивает порционно-ритмичный характер эвакуации из вновь сформированного «желудка», обеспечивая приемлемые условия для компенсации процессов кишечного пищеварения и снизив до известного предела вероятность развития в отдаленном послеоперационном периоде различных постгастрорезекционных расстройств, обусловленных нарушением пассажа пищи.

При проведении эндоскопического исследования после редуоденизации отмечено, что заживление по линии шва слизистых оболочек анастомозов в раннем послеоперационном периоде протекает по типу первичного натяжения у 68,4% пациентов в зоне эзофагоеюноанастомоза и 84,5% — еюнодуоденоанастомоза. В отдаленные сроки после операции не отмечается признаков стенозирования анастомотического кольца. Инвагинационный клапан функционально активен, перистальтирует, обеспечивая беспрепятственное поступление пищи в нижележащие отделы, одновременно являясь сдерживающим механизмом для ретроградного

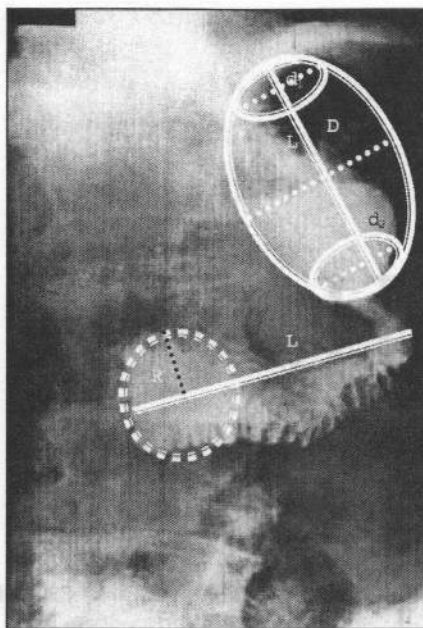


Рис. 9. Схема определения объема «искусственного желудка» (пояснение в тексте)

заброса химуса из дистальных отделов желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, проведенные инструментальные и клинические исследования результатов пластического замещения желудка при реконструктивной операции наглядно демонстрируют, что после операции происходит полное исчезновение или значительное уменьшение симптомов болезни оперированного желудка. Этот факт объясняется комплексным эффектом редуоденизации, при которой происходит восстановление трансдуоденального пассажа пищи, включение в пищеварительный процесс всей гепатопанкреатодуоденальной зоны, формирование «искусственного желудка» с арефлюксными анастомозами обеспечивает порционно-ритмичный характер поступления пищи из культи желудка и трансплантата в нижележащие отделы кишечной

трубки, что в свою очередь способствует нормализации моторики последней, предупреждая неконтролируемый и ускоренный процесс ее пассажа.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бокарева Г.С. Изменение объема желудка в различные сроки после хирургического лечения язвенной болезни (рентгенологическое исследование) // Вестн. рентгено-радиологии. — 1977. — № 6. — С. 36-40.
2. Ганичкин А.М., Резник С.Д. Методы восстановления желудочно-кишечной непрерывности при резекции желудка. М.-Л.: Медицина. — 1973. — 280 с.
3. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Зыков Д.В., Максимов А.В., Савельева Н.А., Мерзляков Д.А., Черных В.Г. Способ первичной еюногастропластики после гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка по поводу рака // Вопросы онкологии. — 1997. — № 2. — С. 218 — 221.
4. Патент на изобретение № 2148958 от 20.05.2000 г. Способ хирургического лечения рефлюкс-эзофагита при операции реконструктивной еюногастропластики после гастрэктомии (Жерлов Г.К., Кошель А.П., Зыков Д.В., Куртсеитов Н.Э., Кудяков Л.А., Слугин Д.Н.).
5. Чистова М.А., Чистов Л.В. Хирургическое лечение постгастрорезекционных синдромов // Хирургия. — 1994. — №5. — С. 29 — 32.
6. Hotta T. Postoperative evaluation of pylorus-preserving procedures compared with conventional distal gastrectomy for early gastric cancer // Surg. Today. — 2001. — vol. 31 (9). — P. 774 — 779.
7. Morii Y. Jejunal interposition to prevent postgastrectomy syndromes // Br. J. Surg. — 2000. — vol. 87 (11). — P. 1576 — 1579.
8. Vianna R.A. Jr. Does the length of the interposed segment in the Henley procedure influence duodenogastric reflux? An experimental study // Am Surg. — 1999. — Vol. 65 (4). — P. 375 — 377.

ЭТО ИНТЕРЕСНО!

Язык помогает различать вкусовые ощущения. На его поверхности находятся 4000 вкусовых сосочков, передающих через нервные волокна в мозг соответствующую информацию. При содержании в продукте 0,5% сахара возникает ощущение сладкого, при 0,25% соли — соленого, при 0,002% горького — ощущение горечи, а для появления ощущения кислого достаточно 0,001% кислоты

Леони Д., Берте Р., 1997

Раздел III. Рак желудка

Г.К. ЖЕРЛОВ, В.В. КАРАСЕВА, Е.Б. МИРОНОВА,
О.В. ЖАРКОВА, О.Д. КАДНИКОВА

НИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ СибГМУ, ТОМСК
КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Роль паллиативных операций в лечении распространенных форм рака желудка

До настоящего времени хирургическое лечение рака желудка остается "золотым стандартом", позволяющим надеяться на полное выздоровление. При этом число радикально оперированных больных невелико. По данным ряда авторов, радикальная операция выполнима лишь у 30-50% больных [1, 4, 10]. Несмотря на широкое применение современных клиничко-диагностических методик и положительных тенденций, свидетельствующих о более ранней диагностике рака желудка, процент впервые выявляемых запущенных форм рака желудка остается высоким. Подавляющее большинство больных поступают в лечебные учреждения с местнораспространенными или генерализованными формами опухолевого процесса, 60-90% больных выявляются в III-IV стадии заболевания, при этом удельный вес IV стадии составляет 50-57% [5, 8, 11, 12]. Кроме того, данная группа больных постоянно пополняется пациентами, леченными много лет назад по поводу казалось бы ранних форм рака, у которых в последующем развиваются рецидивы или отдаленные метастазы. Очевидно, что число больных с местнораспространенными или метастатическими форма-

ми рака желудка весьма значительно, что определяет актуальность проблемы лечения данной категории пациентов.

С сожалением можно констатировать, что лечение больных на стадии клинической диссеминации по существу является паллиативным, то есть задачей лечения распространенных форм рака желудка является увеличение выживаемости больных на максимально возможный период при улучшении или сохранении качества жизни. Одним из направлений в лечении диссеминированных форм рака желудка является изучение возможностей выполнения паллиативных операций в программах комплексного лечения. Основанием для попыток применения паллиативных операций с последующим дополнительным использованием химиотерапии явились данные об увеличении продолжительности жизни больных распространенным раком желудка [2, 3, 6, 7, 9].

С 1989 года в клинике под руководством профессора Г.К. Жерлова разрабатываются различные методики хирургического лечения распространенных форм рака желудка. Основной идеологией разработанных методик является сохранение на приемлемом уровне каче-

ства жизни оперированного больного, вне зависимости от распространенности процесса.

Материал и методы

В нашем исследовании были проанализированы различные виды паллиативных операций и выживаемость в зависимости от вида проведенного лечения. В исследование по изучению эффективности лечения вошло 59 больных, имевших к началу лечения распространенный рак желудка. В 22 случаях на первом этапе была выполнена паллиативная операция в том или ином объеме с последующим проведением курсов химиотерапии, 37 пациентам проводилась только противоопухолевая лекарственная терапия.

Характер и частота выполнения паллиативных вмешательств представлены в таблице 1. Наиболее часто выполнялись паллиативные гастрэктомии и паллиативные резекции (соответственно в четырех и восьми случаях). При выполнении паллиативной гастрэктомии в зоне эзофагоюноанастомоза формируется мышечный жом, состоящий из мышечной оболочки абдоминального отдела пищевода, и инвагинационный клапан из подслизисто-слизистой оболочки пище-

вода и тонкой кишки. Основной задачей формируемого арефлюксного анастомоза является обеспечение механизма порционного ритма эвакуации из пищевода и предупреждение ретроградного заброса кишечного содержимого в пищевод. Показанием для паллиативной резекции явилась невозможность полного удаления метастазов в лимфатических узлах. Для устранения стеноза и удаления опухоли как возможного источника кровотечения выполнялась субтотальная резекция желудка.

Наложение обходного гастроэнтероанастомоза было выполнено у трех пациентов с неоперабельным раком антрального отдела желудка. Анастомоз накладывался передиободно, с брауновским соустьем. И последний вид операций, которые выполнялись в исследуемой группе — наложение питательных стом. Арефлюксная гастростомия была выполнена в трех случаях. Методика жомно-клапанной гастростомы, разработанная в клинике, позволяет, благодаря формируемому искусственному жому в основании гастростомы, создать надежный запирающий механизм, предотвращающий истечение желудочного и кишечного содержимого на переднюю брюшную стенку. Арефлюксная еюностомия была наложена четырем пациентам. Отличительной особенностью методики выполнения еюностомии в модификации клиники является формирование инвагинационного клапана в отключенной по Ру петле тонкой кишки. Формируемый клапан способствует предупреждению заброса кишечного содержимого на переднюю брюшную стенку.

Всем больным проводилась комбинированная химиотерапия по одной из представленных программ. В лечении 27 пациентов был применен режим непрерывной 120-часовой инфузии 5-фторурацила в дозе 1000 мг/м²/сутки в сочетании с болюсным введением метотрексата в дозе 7 мг/м² с 1-го по 5-й день лечения. В 11 случаев этот режим химиотерапии проводился на втором этапе комплексного лечения. Вторая программа химиотерапии также включала два цитостатика, введение которых осуществлялось традиционным способом, то есть внутривенно одномоментно с 1-го по 5-й день лечения: 5-фторурацил в дозе 500 мг/м², метотрексат в дозе 7 мг/м². Лечение по этой программе было проведено 32 пациентам, в том числе в 11 наблюдениях — как компонент комплексного лечения. Каждый пациент получил не менее трех курсов химиотерапии с интервалом в 3 недели. При полном, частичном эффекте или стабилизации опухолевого процесса

3 пациента

различия в состоянии здоровья

терапию проводили до 6 курсов или прогрессирования заболевания.

Характеристика больных и опухолевого процесса представлена в таблице 2. Можно видеть отсутствие значимых различий в группах в зависимости от основных прогностических признаков, что дает возможность выполнить в них сравнение эффективности различных методов лечения.

Результаты

Таким образом, на первом этапе лечения в 22 случаях были выполнены паллиативные операции в том или ином объеме с последующим проведением курсов химиотерапии по одной из представленных выше программ, а 37 пациентам распространенным раком желудка проводилась только противоопухолевая лекарственная. Нами проведен анализ выживаемости в зависимости от вида проведенного лечения.

На рисунке 1 представлена кумулятивная выживаемость больных раком желудка, получивших только лекарственное противоопухолевое лечение и комплексный метод, включающий паллиативные операции с последующей химиотерапией. Сравнение отдаленных результатов в изучаемых группах оказалось в пользу комплексного метода. Добавление к хирургическому компоненту лечения больных распространенными формами рака желудка комбинированной химиотерапии позволило получить увеличение двухлетней выживаемости на 18% (двухлетняя выживаемость составила 27,3±4,2% и 9,1±3,6% в группе комплексного лечения и в группе одной химиотерапии, соответственно). И если из 37 больных, которым проводилось только противоопухолевое лекарственное лечение, до четырехлетнего периода не дожил ни один пациент, то из 22 пациентов, получивших комплексное лечение, 4,0±2,3% больных пережили четырехлетний период. Различия в продолжительности жизни больных в зависимости от вида лечения, конечно же, оказалось информативным ($P<0,05$). Медиана продолжительности жизни пациентов, полу-

Таблица 1
Характер паллиативных вмешательств

Виды паллиативных операций	Количество операций (%)
Паллиативная гастрэктомия	8 (36,4%)
Паллиативная резекция	3 (13,6%)
Гастроэнтероанастомоз	3 (13,6%)
Арефлюксная гастростомия	4 (18,2%)
Арефлюксная еюностомия	4 (18,2%)
Всего операций	22 (100%)

чивших только химиотерапию, составила 9,5±1,7 месяцев, в то время как больных после комплексного лечения имели лучшие отдаленные результаты по сравнению с предыдущей группой — 13,5±1,4 месяцев ($P<0,05$).

Таким образом, комплексный метод лечения больных диссеминированным раком желудка достоверно улучшает выживаемость по сравнению с только лекарственным противоопухолевым лечением. Следовательно, выполнение паллиативных операций в лечении распространенных форм рака желудка можно рассматривать как один из основных факторов прогноза, и этот факт находит подтверждение в части других работ, изучающих различные аспекты комплексного лечения диссеминированных форм рака желудка [6, 7].

Немаловажное значение в прогнозе лечения онкологических больных имеет объем оперативного вмешательства, поскольку он находится в прямой зависимости от распространенности опухолевого процесса. Принимая во внимание малочисленность группы, для расчета выживаемости мы сочли возможным объединить пациентов в две подгруппы. В первую подгруппу вошли 12 больных, которым на предшествующих этапах выполнялись паллиативные операции в объеме гастрэктомии или резекции желудка, то есть у этих больных при технически резектабельной крупной опухоли желудка были обнаружены единичные неудаляемые метастазы на брюшине, в лимфатических узлах или органах брюшной полости. Во вторую подгруппу вошли 10 пациентов с диагностированным технически неудаляемым раком желудка с явлениями нарушения проходимости. Больным этой подгруппы выполнялись операции в объеме гастроэнтеростомии, гастростомии или еюностомии.

На рисунке 2 представлены данные о выживаемости пациентов в зависимости от объема паллиативной операции. Так, из 10 больных, которым на первом этапе лечения выполнялись гастроэнтеростомия,

Таблица 2
Характеристика больных и опухолевого процесса

Показатель	Метод лечения	
	Паллиативные операции + химиотерапия	Только химиотерапия
	Число больных (М±м, %)	
Пол:		
– мужской	17 (77,3±8,9)	29 (78,4±6,8)
– женский	5 (22,7±8,9)	8 (21,6±6,8)
Средний возраст, годы	52,9	63,8
Объективный статус (ECOG):		
– 0	10 (45,5±10,6)	17 (46,0±8,2)
– 1	9 (40,9±10,5)	13 (35,1±7,8)
– 2	3 (13,6±7,3)	7 (18,9±6,4)
Распространенность опухолевого процесса:		
– метастазы Вирхова	3 (13,6±7,3)	5 (13,5±5,6)
– метастазы в печень	4 (18,2±8,9)	9 (24,3±7,1)
– метастазы в забрюшинные л/узлы	4 (18,2±8,9)	8 (21,6±6,8)
– метастазы по брюшине	2 (9,1±6,1)	5 (13,5±5,6)
– прорастание в поджелудочную железу	6 (27,3±9,5)	8 (21,6±6,8)
– метастазы в яичники	3 (13,6±7,3)	4 (10,8±5,1)
Морфологический вариант опухоли:		
– недифференцированный рак	3 (13,6±7,3)	6 (16,2±6,1)
– аденокарцинома		
высокодифференцированная	2 (9,1±6,1)	3 (8,1±4,5)
умеренно дифференцированная	6 (27,3±9,5)	8 (21,6±6,8)
низко дифференцированная	5 (22,7±8,9)	9 (24,3±7,1)
– перстневидноклеточный рак	6 (27,3±9,5)	11 (29,7±7,5)
Всего больных	22 (100%)	37 (100%)

Таблица 3
Влияние паллиативных операций на характер симптоматического эффекта

Симптом	Наличие симптомов до паллиативной операции	Уменьшение или исчезновение симптомов после паллиативной операции	
	Число больных	Число больных	%
Боль	18	12	66,7
Тошнота/рвота	7	4	57,1
Отсутствие аппетита	11	6	54,5
Слабость	12	6	50,0

гастростомия или же еюностомия, четыре пациента пережили 1 год, остальные умерли в сроки от 4 до 11 месяцев. Ни один больной не дожил до четырехлетнего срока наблюдения, двухлетняя выживаемость в этой подгруппе составила 10,0±5,4%,

медиана продолжительности жизни равнялась 10,1±1,8 месяцев. В то же время больные после паллиативной гастрэктомии или резекции желудка жили 2-3 года и более. До четырехлетнего периода дожили 7,4±1,8% больных, а медиана продолжи-

тельности жизни в этой подгруппе составила 18,0±2,1 месяцев. Полученные различия в отдаленных результатах оказались статистически значимыми ($P<0,05$), а это говорит о худшем прогнозе у больных с неудаленной первичной опухолью.

Оценивая эффективность комплексного метода лечения, нельзя не сказать о качестве жизни больных. У всех больных, которые имели симптомы, обусловленные опухолью желудка (боль, рвота, постгеморрагическая анемия, отсутствие аппетита), как правило, после паллиативных операций эти симптомы исчезали. Анализ этого исследования представлен в таблице 3. После выполнения паллиативной операции интенсивность болевого синдрома уменьшилась у 12 из 18 больных (66,7%). Уменьшение или прекращение тошноты или рвоты, а также слабости отмечено у 4 из 7 (57,1%) и у 6 из 12 (50,0%) больных.

Выводы

Таким образом, полученные в этом исследовании данные доказывают преимущество комплексного метода лечения, включающего паллиативные операции с последующей комбинированной химиотерапией, перед одним лекарственным противоопухолевым лечением для больных распространенными формами рака желудка, поскольку медиана продолжительности жизни после комплексного лечения почти в 1,5 раза выше и выживаемость в сроки наблюдения до двух лет увеличивается на 18%. Влияние на прогноз жизни больных оказал также и объем паллиативных вмешательств. Достоверно лучшие результаты получены при выполнении паллиативной гастрэктомии или паллиативной резекции желудка. Кроме того, паллиативные гастрэктомии и резекции желудка в полной степени отвечают современным требованиям, предъявляемым к паллиативной помощи. Подобные вмешательства предотвращают такие осложнения как кровотечение, перфорацию и стеноз, а также, устраняя дисфагию и уменьшая болевой синдром, улучшают качество жизни пациентов. И если учесть факт, что паллиативные гастрэктомии и паллиативные резекции желудка являются по сути циторедуктивными операциями, что позволяет в последующем провести химиотерапию в более выгодных условиях, это также существенный аргумент в пользу выполнения паллиативных резекций желудка и гастрэктомий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вашакмадзе Л. А., Алешкина Т. Н., Чайка А. В. Хирургическая тактика при рецидивах рака желудка / Российский

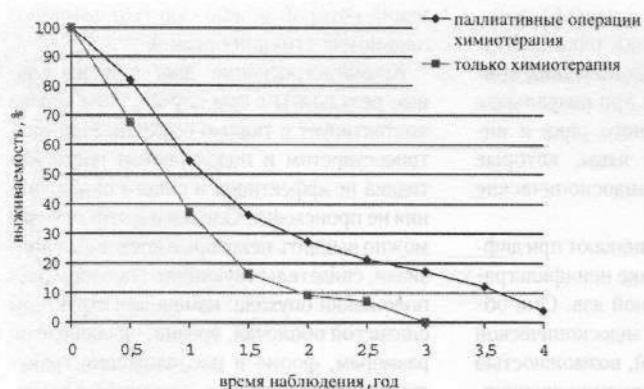


Рисунок 1. Кумулятивная выживаемость больных в зависимости от метода лечения



Рисунок 1. Кумулятивная выживаемость больных в зависимости от вида паллиативных операций

онкологический журнал. — 2001. — № 1. — С.9-12.

2. Герасев В. В. Место паллиативной резекции в лечении больных распространенным раком желудка / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984. — 24 с.

3. Летягин В. П. Современные возможности лечения рака желудка в свете отдаленных результатов / Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1980. — 29 с.

4. Alberts S. R., Cervantes A., Van de Velde C. J. H. Gastric cancer: epidemiology, pathology and treatment / *Annals of Oncology*. — 2003. — Vol.14, (suppl.2). — P.1131-1136.

5. Buonadonna A., Lombardi D., De Paoli A et al. Adenocarcinoma of the stomach: univariate and multivariate analyses of factors associated with survival / *Suppl. Tumori*. — 2003. — Vol.2, № 5. — P.31-34.

6. Fukushima M. Adjuvant therapy of gastric cancer: the Japanese experience / *Seminars in Oncology*. — 1996. — Vol.23, № 3. — P.369-378.

7. Hermans J., Bonenkamp J.J. Meta-analysis of adjuvant chemotherapy in gastric cancer — in reply / *Journal of Clinical Oncology*. — 1994. — Vol.12. — P.879-880.

8. Kelsen D. P. Adjuvant and neoadjuvant therapy for gastric cancer / *Seminars in Oncology*. — 1996. — Vol.23, № 3. — P.379-389.

9. Kobayashi A., Nakagohri T., Konishi M. et al. Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer / *Journal of Gastrointestinal Surgery*. — Vol.8, № 4. — P.464-470.

10. Layke J. C., Lopez P. P. Gastric cancer: diagnosis and treatment options / *Am. Fam. Physician*. — 2004. — Vol.69. — P.1133-1140.

11. Lukacs G., Garami Z., Kanyari Z., Hajdu J. Surgical treatment of gastric cancer: a retrospective study with special reference to epidemiology / *Acta Chir. Hung.* — 1997. — Vol.36, № 1-4. — P.207-209.

12. Massidda B., Rougier P. Progress in the treatment of gastrointestinal cancer / *Annals of Oncology*. — 2003. — Vol.14, (suppl.2). — P.111-112.

Г.К. ЖЕРЛОВ, Н.С. РУДАЯ, Е.И. МАЕВСКИЙ
НИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ СибГМУ, ТОМСК

Современные методы эндоскопии в дифференциальной диагностике предраковых изменений и рака желудка

Точная диагностика заболеваний желудка — весьма непростая и неоднозначная задача для клиницистов. От её решения во многом зависит правильный выбор метода лечения и его результаты. В настоящее время рентгеноконтрастное исследование верхних отделов пищеварительного тракта и эзофагогастродуоденоскопия в сочетании с хромоэндоскопией и биопсией являются основными методами диагностики у данной категории больных. Эти методы способны у большого числа пациентов выявить или отвергнуть воспалительные, органические стенозирующие

или опухолевые экзофитные поражения желудка. Дополнение обследования больных с бластоматозным поражением органа компьютерной томографией позволяет определить стадию опухолевого процесса. При подозрении на функциональные нарушения двигательной активности желудка выполнение манометрии и рН-метрии дает возможность количественно оценить характер и выраженность моторных расстройств.

Тем не менее, любой из перечисленных методов обследования имеет технические и диагностические ограничения, которые

у части больных не позволяют специалисту точно интерпретировать данные исследования.

Проблема предраковой патологии органов пищеварения — это малоизученная область современной гастроэнтерологии [1]. В процессе изучения канцерогенеза сформировалось целостное учение о предраке.

Специальный комитет ВОЗ рекомендует различать предраковые состояния и предраковые изменения желудка. К первым относят заболевания, обуславливающие значительное увеличение риска возникновения рака. Ко вторым — морфологиче-

ские изменения ткани, в которой рак может возникнуть с большей вероятностью, чем в нормальной ткани [5].

К предраковым состояниям относят хронический гастрит с атрофией и кишечной метаплазией, аденомы, пернициозную анемию, генетические нарушения и отягощенную наследственность. В последнее время в число предраковых состояний включена инфекция *H. Pylori*. К предраковым изменениям относятся кишечная метаплазия и дисплазия эпителия. В международной классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта дисплазия определена как неоплазия [6]. Тактику клинициста при таком диагнозе определяет стадия дисплазии.

В современной гастроэнтерологии произошло формирование совершенно нового подхода к выявлению и лечению ранних форм рака и предраковых изменений желудка. Появилась возможность использования современных технологических средств в диагностике, где основная роль наряду с классическими рентгенологическими, морфологическими, эндоскопическими исследованиями отводится таким методам как эндоскопическая ультрасонография, компьютерная когерентная томография. Использование опухолевых маркеров в качестве скрининга в настоящее время считается неоправданным из-за их низкой специфичности и поэтому рекомендуется как средство оценки ответа опухоли на лечение. Основным моментом в установлении диагноза «ранний рак желудка» является глубина инвазии опухоли.

Среди различных методов обследования желудка в клинической практике наиболее распространена гибковолоконная эндоскопия. Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта справедливо рассматривается в качестве основного и незаменимого диагностического метода в решении проблемы выявления раннего рака желудка.

Правильная и своевременная установка диагноза зависит от квалификации врача-эндоскописта. Одна из основных причин несвоевременной диагностики рака желудка в нашей стране, наряду со сложностью визуальной и морфологической дифференциальной диагностики ранних форм рака и доброкачественных изменений, — нарушение методик исследования и невнимательность врача-эндоскописта при выявлении минимальных изменений слизистой оболочки желудка [1, 6].

Основными задачами эндоскопического исследования у больных раком желудка, помимо ранней диагностики опухоли, являются проведение дифференциальной диагностики рака с другими заболе-

ваниями и определение стадии болезни. Основывается диагностика рака желудка на оценке его макроскопических признаков. Нет затруднений при визуальном определении полиповидного рака и инфильтративной раковой язвы, которые имеют характерные эндоскопические признаки.

Зачастую трудности возникают при дифференциальной диагностике неинфильтративной раковой и каллезной язв. Они обусловлены сходством эндоскопической картины этих заболеваний, возможностью злокачественной трансформации хронических язв и существования первичного рака, подвергающегося изъязвлению.

Эндоскопическая диагностика инфильтративного рака, в отличие от всех форм рака, наиболее трудна, поскольку он вызывает карциноматозную инфильтрацию подслизистого и мышечного слоев желудка с пролиферацией соединительной ткани. Визуальная диагностика облегчается в поздних стадиях болезни, когда в связи со значительной злокачественной инфильтрацией появляются изменения слизистой оболочки и ригидность стенок.

Окончательно решить проблему дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований с помощью эндоскопии с прицельной биопсией невозможно. Это объясняется трудностями выявления небольших очагов поражения на обширных и разнообразных по рельефу поверхностях органов и идентичностью эндоскопических признаков многих заболеваний. Недостаточно эффективны визуальные исследования и при определении истинных границ злокачественных поражений и воспалительно-дегенеративных изменений [3].

Несомненным прогрессом в эндоскопии явилось создание принципиально новых методик с использованием витальных красителей: метиленового синего, нейтрального красного, конго красного, индигокармина, раствора Люголя.

Эффективность витальных красителей основана на таких свойствах как контрастирование, биологическое, химическое и флуоресцентное воздействие на ткани. Контрастный метод основан на усилении рельефа слизистой оболочки органов при нанесении на него красителя (метиленовый синий, индигокармин, синий Эванса). Биологическое воздействие означает проникновение краски через мембрану клетки в цитоплазму и окрашивание *in vitro* (метиленовый синий). Краситель (конго красный, нейтральный красный, раствор Люголя) может вступать в химическую реакцию с веществом эпителиальных клеток и секретом, имеющим соответствующий уровень pH, на осно-

вании которой можно судить о функциональном состоянии органов.

Хромогастроскопия дает положительные результаты в том случае, если краска контактирует с тканью опухоли. При внутрисосудистом и подслизистом росте методики неэффективны и синего окрашивания не происходит. Однако и в этих случаях можно выявить некоторые косвенные признаки, свидетельствующие о глубоком расположении опухоли: изменения структуры слизистой оболочки, эрозии, различные по размерам, форме и расположению гранулы, грубая поверхность слизистой оболочки с неравномерной гиперемией, образование складок и слияние концентрических складок слизистой оболочки, мелкие выемки с неправильными краями. Эти признаки характеризуют злокачественный процесс и становятся более отчетливыми при расщеплении красителя [1, 3].

При всей информативности данных методики определить глубину инвазии опухоли очень сложно. Одними из самых современных и информативных являются методики эндоскопической ультразвуковой диагностики опухолей желудка, которые позволяют определить ее истинные размеры и глубину инвазии.

Эндоскопическая ультрасонография или эндосонография — методика, сочетающая в себе достоинства гибковолоконной эндоскопии и диагностические возможности ультразвукового исследования. Таким образом, у врача имеется возможность как бы заглянуть вглубь стенки пищеварительного тракта и за ее пределы во время эндоскопического исследования.

Данный метод исследования представляет собой исследование стенки пищеварительного тракта, окружающих его органов и тканей посредством ультразвука высокой частоты.

Эндосонография выполняется либо при помощи фиброэндоскопа, на конце которого расположен радиально сканирующий ультразвуковой датчик, либо при помощи миниатюрного, также радиально сканирующего ультразвукового зонда, проводимого через рабочий канал стандартного фиброгастроскопа. Использование в этих приборах очень высоких частот ультразвука (7,5, 12 и 20 МГц) обеспечивает высокое качество изображения с разрешающей способностью менее 1 мм, недоступной другим диагностическим методам. Освоение диагностической методики исследования позволяет приступить к освоению пункционных вмешательств под контролем эхоэндоскопа. Уже в настоящее время спектр лечебно-диагностических эндосонографических вмешательств заметно расширился, перейдя от исключительно

тонкоигольной аспирационной биопсии до сложных пункционных лечебных воздействий и рентгеноконтрастных исследований.

Соединение радиального и линейного изображений сканирования позволяет выполнять трехмерную реконструкцию ультразвуковых изображений, добываясь объемного воспроизведения патологических образований пищеварительного тракта.

Во время эндосонаграфии стенка пищеварительного тракта представляет собой циркулярную структуру, представленную чередующимися тонкими «кольцами» повышенной и пониженной эхогенности. При частоте ультразвука 7,5 МГц стенка органа выглядит как равномерная пятислойная структура.

Проведенные исследования доказали корреляцию между гистологическими слоями стенки желудочно-кишечного тракта и её эндосонаграфическим изображением. Так, первые два внутренних слоя соответствуют слизистой оболочке. 3-й слой воспроизводит подслизистую оболочку. 4-й слой — гипозоногенный — соответствует мышечному слою и 5-й наружный — гиперзоногенный слой — покрывающей пищевод адвентиции или серозной оболочке желудка и толстой кишки.

Сканирование с частотой 12 МГц позволяет дифференцировать в мышечном слое циркулярный и продольный мышечные слои и межмышечную фиброзную основу. Таким образом, структура стенки становится семислойной.

Исследование с частотой 20 МГц позволяет, помимо этого, в слизистой оболочке визуализировать базальную мембрану и собственно мышечную пластинку слизистой. Соответственно, эндосонаграфически стенка представляется в виде девятислойной структуры.

Опухолевое поражение стенки пищеварительного тракта в подавляющем большинстве случаев выглядит как её утолщение за счет наличия в ней гипозоногенной, неоднородной массы с неровными нечеткими контурами. Данное образование занимает отдельные слои с разрушением их четкого эхогенного чередования или же поражает всю стенку. Опухоль может занимать либо небольшой участок стенки, либо охватывать его циркулярно. При этом рядом с опухолем поражением и в зонах лимфатических коллекторов могут быть выявлены патологически измененные лимфатические узлы размерами до 3 мм [2].

Измененные лимфатические узлы представляют собой пониженной эхогенности, округлые, четко очерченные, гомогенные структуры, чаще размерами более 8 мм.

Эндосонаграфическое определение распространенности лимфорегионального метастазирования опухолей пищеварительного тракта позволяет до операции оценить возможность выполнения радикальной хирургической операции с адекватной лимфаденэктомией.

Проведенные исследования показали, что эндосонаграфия является наиболее точным методом лучевой диагностики в верификации метастатически пораженных лимфатических узлов.

Применение зондовой эндосонаграфии особенно полезно при ранних формах рака с целью как определения показаний к эндоскопической резекции слизистой на основании отсутствия инвазии опухоли в подслизистый слой, так и для оценки эффективности вмешательства [2].

Резектабельность опухоли определяет отсутствие ее распространения на крупные сосудистые структуры. Как показали сравнительные исследования, точность эндосонаграфии равна и даже превышает данные ангиографии в отношении сосудистой инвазии, существенно превосходя иные методы диагностики, что, в свою очередь, дает возможность оказать своевременную помощь больному на раннем этапе заболевания, в том числе использовать метод эндоскопической резекции слизистой желудка при раннем раке в качестве органосохраняющей операции.

По данным японских авторов, ЭУС при помощи зонда с частотой 20 МГц выявляет эпителиальный рак (Tis) (эндосонаграфически локализованный только в первых двух эхогенных слоях стенки желудка) с точностью, не превышающей 38%. Однако рак желудка, не распространяющийся глубже базальной мембраны слизистой, включая инвазию в неё (T1mp), при помощи этой методики определяется с точностью 95%. Точность определения инвазии в мышечную пластинку слизистой оболочки (T1mm) составляет 86%.

Кроме того, в начале 90-х другими японскими исследователями было выявлено, что при раннем раке желудка, не инвазирующем в собственно мышечную пластинку слизистой, вероятность лимфорегионального метастазирования крайне низка, равняясь 0% при эпителиальном раке и колеблясь от 0 до 8% при раке, инвазирующем в базальную мембрану. При распространении же опухоли на мышечную пластинку слизистой частота метастатического поражения лимфоузлов возрастает до 7-20%, а при раке, инвазирующем в подслизистый слой, составляет уже 38-65% [2].

При сравнении результатов эндосонаграфии с данными КТ оказалось, что эндоскопическое УЗИ является более точным

в определении лимфорегионального метастазирования — 74% против 54%. Однако эндоскопическая ультрасонаграфия уступает КТ в диагностике отдаленного метастазирования вследствие ограниченной пенетрации высокочастотного ультразвука в тканях.

Качественная диагностика раннего рака желудка позволяет предложить больному органосохраняющую операцию вместо резекции желудка.

В стадии Tis — эндосонаграфически локализованный только в первых двух эхогенных слоях стенки желудка и в стадии не распространяющийся глубже базальной мембраны слизистой, включая инвазию в неё (T1mp) показано выполнение эндоскопических резекций слизистой оболочки с последующим наблюдением. В стадии T1 при инвазии мышечной пластинки слизистой оболочки ситуация обсуждаемая. Данный метод может быть показан при наличии тяжелой сопутствующей патологии, в преклонном возрасте или отказе больного от полостной операции, а также для полноценного морфологического исследования. При инвазии подслизистого слоя, безусловно, показана типичная радикальная операция с адекватной лимфаденэктомией [5,6].

Какими путями будет следовать эндоскопическое ультразвуковое исследование и иные современные методы в будущем, на самом деле трудно представить. Ясно лишь одно, что направлять развитие новых методов диагностики будут по-прежнему клиницисты.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Поддубный Б.К., Кувшинов Ю.П., Кашин С.В. и др. Современные эндоскопические методики диагностики и лечения предопухолевой патологии и раннего рака желудка — Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии — 2002 №3. — с.52-56.
2. Caletti G. C., Fusaroli P. EUS in diagnosis and staging of submucosal tumors // Endoscopy. 1999. V.31. Suppl. 1. P. E26.
3. Inoue H. Treatment of Esophageal and Gastric Tumors // Endoscopy — 2001. — Vol. 30. — P. 80-93.
4. Lambert R. Endoscopic Treatment of Esophagogastric Tumors // Endoscopy. — 1998. — Vol.30. — P.80-93.
5. Misumi A., Murakami A., Harada K., Donahue F. Endoscopic Dye Techniques in the Upper Gastrointestinal Tract: Evaluation of Esophageal and Gastric Pathology // Probl. Gen.Surg. — 1990. — Vol.7, N 5. — P.75-82.
6. Schlemper R.J., Riddell R.H., Kato Y. et al. The Vienna classification of gastrointestinal epithelial neoplasia // Gut. — 2000. — Vol. 47. — P. 251-255.

Раздел IV. Разное

Интерсфинктерная резекция при «низком» раке прямой кишки

Г.К. ЖЕРЛОВ, С.Р. БАШИРОВ, И.В. ПАНКРАТОВ
НИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ СибГМУ, ТОМСК
ТОМСКИЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Современная эпидемиологическая нестабильность по раку прямой кишки, обусловленная неуклонным ростом заболеваемости и не снижающимся уровнем смертности во всех высокоразвитых странах мира, стала поводом для кардинального пересмотра ключевых позиций хирургического метода. В последнее время экзофитные злокачественные опухоли нижеампулярного отдела, контактирующие с зубчатой линией или расположенные на 1 см выше ее, стали предметом споров и обсуждений о возможности выполнения сфинктеросохраняющих операций [3, 5]. Особенность роста данных новообразований, позволяющая без ущерба, на онкологической радикальности сохранить сфинктерный аппарат, стала основанием к выделению их в отдельную группу «низкого» рака прямой кишки (рис. 1, А).

Для изучения особенностей роста «низкого» рака прямой кишки и возможности выполнения сфинктеросохраняющих операций мы использовали эндоскопическую ультрасонографию.

Исследование проводили с помощью миниатюрных ультразвуковых радиально сканирующих зондов MN-2R/MN-3R с частотой сканирования 12/20 МГц, блоком генерации и обработки звукового сигнала EU-M30, которые проводились через рабочий канал эндоскопа GIF-1T-

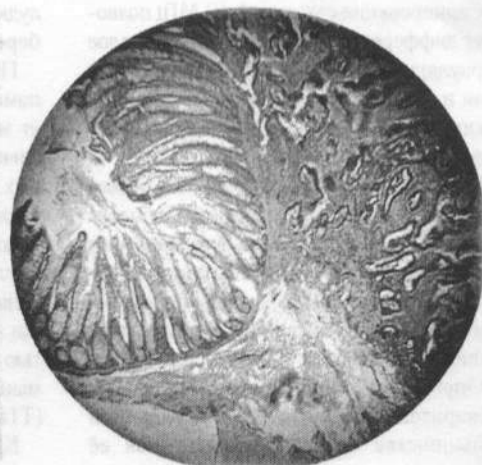
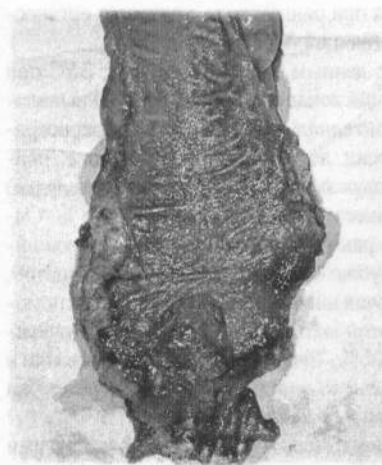


Рис. 1. Макро- и микроскопические параллели роста «низкого» рака прямой кишки: А – типичные размеры и положение опухоли нижеампулярного отдела, позволяющие выполнить интерсфинктерную резекцию (макропрепарат после данной операции); Б – отсутствие инвазии опухоли дистальнее ее макроскопической границы (указана стрелками), окраска гематоксилином и эозином, ув.х 80

140, видеосистемы EVIS EXERA GLV-160, компании Olympus.

Проведенные исследования показали высокую информативность ультрасонографии, практически не уступающую гистологическому методу изучения слоев стенки кишки при малом увеличении. Использование ультразвука частотой 12

МГц позволяло идентифицировать 6 слоев стенки прямой кишки. Первые два внутренних слоя соответствовали слизистой оболочке. Третий слой воспроизводил подслизистую основу. Четвертый, пятый и шестой в совокупности представляли гипохойгенную мышечную оболочку. При необходимости более глу-

бокой визуализации ультраструктуры использовали частоту сканирования 20 МГц, позволяющую визуализировать не только базальную мембрану и мышечную пластинку слизистой оболочки, но и состояние лимфатических узлов и сосудов параректальной клетчатки, взаимоотношение опухоли со сфинктером и глубину ее инвазии.

Результаты эндоскопической ультрасонографии были подтверждены результатами окончательного гистологического исследования. Причем каждый из этих методов в отдельности свидетельствовал об отсутствии дистального внутристеночного роста «низких» опухолей, то есть соответствия нижнего края опухоли (макроскопической границы) ее микроскопической границе и возможности выполнения интерсфинктерной резекции (рис. 1, Б).

Радикализм интерсфинктерной резекции по отношению к «низкому» раку достигался сочетанием тотальной мезоректумэктомии до уровня перехода леваторов в длинную мышцу анального канала и удаления прямой кишки с внутренним сфинктером (рис. 2).

Показанием к данной операции были экзофитные злокачественные опухоли нижнеампулярного отдела прямой кишки (рис. 1, А):

1. Контактирующие с зубчатой линией или расположенные на 1-1,5 см выше ее;
2. Высоко- и среднendifференцированные (G1-G2);
3. Не выходящие за пределы $\frac{1}{2}$ окружности кишки (T1-T3);
4. Не прорастающие в соседние органы (P1-P3);
5. Не имеющие отдаленных метастазов (M0).

При изучении последствий интерсфинктерной резекции мы столкнулись с серьезными нарушениями функции держания за счет выключения непроизвольного тонического компонента и утраты резервуарной функции. Для профилактики инконтиненции и многомоментного опорожнения после интерсфинктерной резекции с низведением ободочной кишки разработан способ формирования шаровидного резервуара из трех петель кишки, одновременно участвующих в формировании одного межкишечного анастомоза с гладкомышечным жомоманжетой [2].

Способ осуществляется следующим образом.

Через абдоминальный доступ выполняли мобилизацию кишки с мезоректумэктомией до уровня леваторов. Затем со стороны промежности на уровне ано-

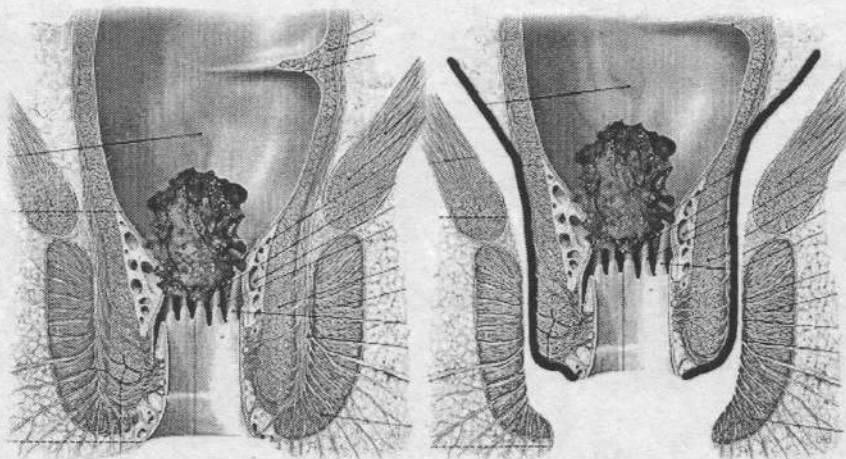


Рис. 2. Анатомические ориентиры до (А) и после (Б) выполнения интерсфинктерной резекции (жирной чертой отмечена линия резекции)

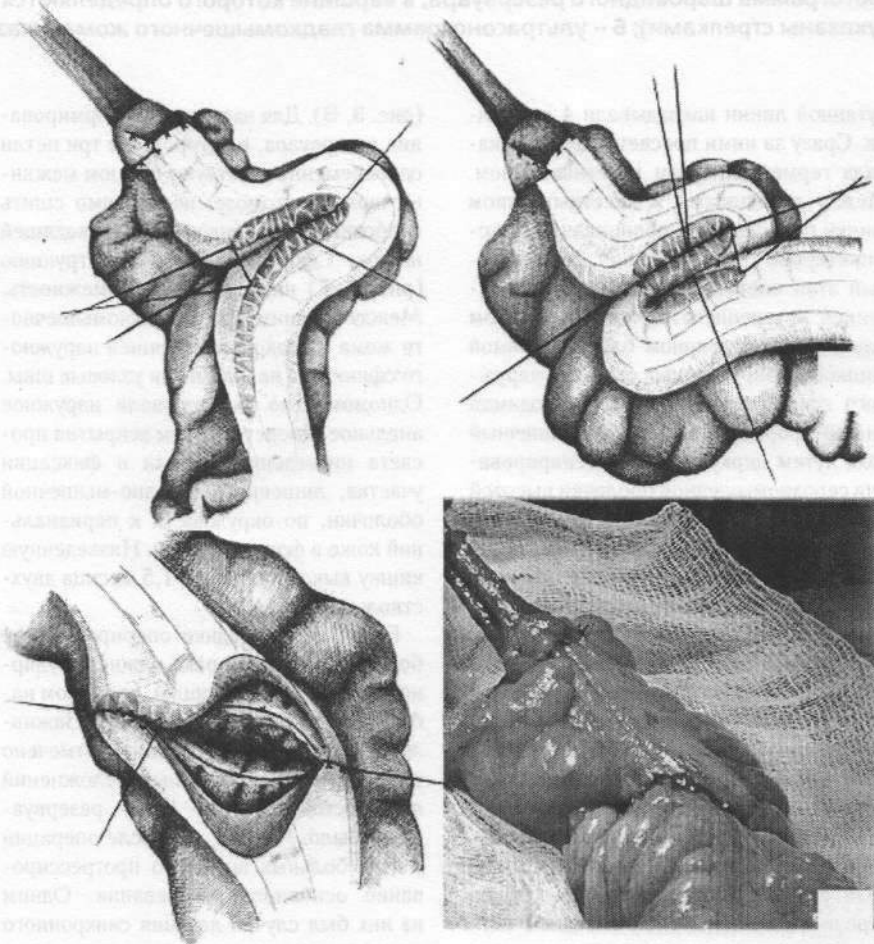


Рис. 3. Схема формирования трехпетлевого шаровидного резервуара: А – наложение серозно-мышечных и подслизистых швов на дубликатуру из сложенных вдвое петель кишки; Б – формирование двухрядных швов между сформированной дубликатурой и приводящей петлей; В – сшивание передней полуокружности приводящей и отводящей кишок после рассечения сшитых между собой трех петель кишки (в полости резервуара изображены две задних полуокружности анастомоза); Г – окончательный вид низводимой кишки после формирования гладкомышечного жома и шаровидного резервуара

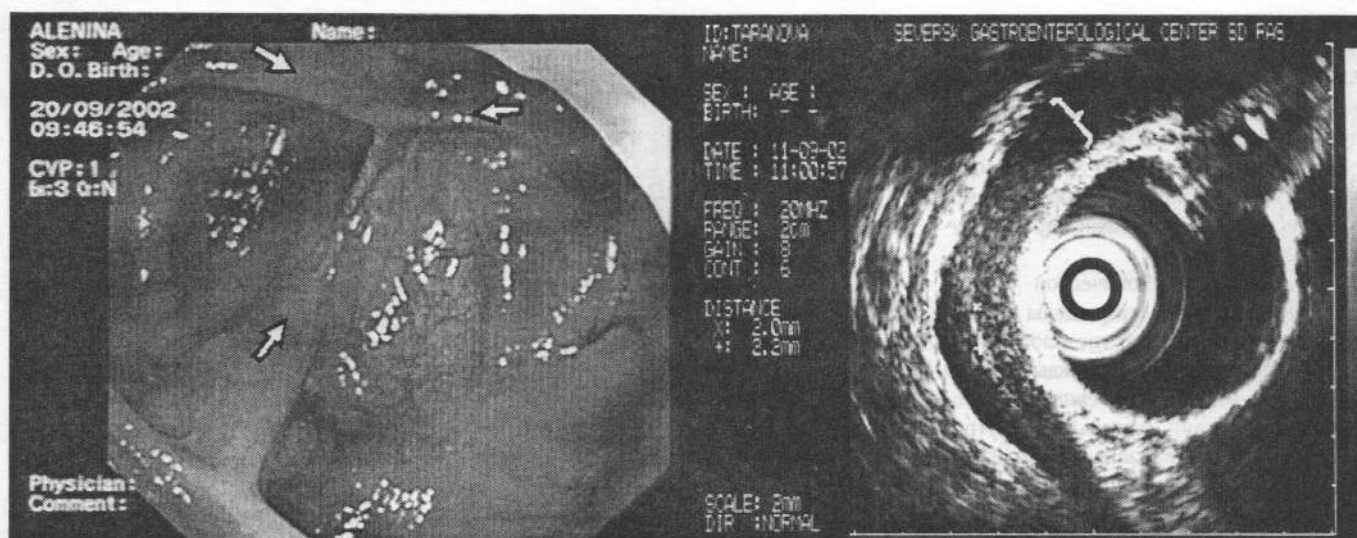


Рис. 4. Эндоскопическая ультрасонография в отдаленном периоде после интерсфинктерной резекции: А – эндоскопическая фотограмма шаровидного резервуара, в вершине которого определяются три линии межкишечного анастомоза (указаны стрелками); Б – ультрасонограмма гладкомышечного жома (указан фигурной скобкой)

кутанной линии накладывали 4 держалки. Сразу за ними просвет анального канала герметизировали кисетным швом. Между держалками и кисетным швом кишку пересекали и проникали в межсфинктерное пространство. Резекционный этап операции завершали мобилизацией внутреннего сфинктера в одном фасциально-футлярном блоке с прямой кишкой от окружающих структур наружного сфинктера. На конце низводимой кишки формировали гладкомышечный жом путем циркулярного отсепарирования серозномышечной оболочки высотой 12–15 мм и фиксации ее в форме манжеты. На 2–2,5 см проксимальнее искусственного жома накладывали узловые швы на дубликатуру из сложенных вдвое петель кишки на протяжении 3–3,5 см. Контактующие мышечные оболочки вдоль линий швов рассекали до подслизистого слоя. Обнаженные таким образом подслизистые оболочки обеих петель сшивали непрерывным кетгутовым швом (рис. 3, А). Приводящую петлю образованной дубликатуры укладывали параллельно линии двухрядного шва и подшивали сначала узловыми швами к краю серозномышечного слоя соседней петли дубликатуры, рассекали ее мышечную оболочку и накладывали непрерывный кетгутовый шов между контактирующими подслизистыми оболочками соседних петель (рис. 3, Б). Подслизистые оболочки вдоль линий швов каждой из трех сшитых между собой петель кишки продольно рассекали, вскрывая их просвет. При этом образуются две задних полуокружности анастомоза и два свободных края приводящей и отводящей кишки

(рис. 3, В). Для завершения формирования резервуара, в котором все три петли одновременно участвуют в одном межкишечном анастомозе, необходимо сшить свободные края приводящей и отводящей кишок. Сформированную конструкцию (рис. 3, Г) низводили на промежность. Между нижним краем гладкомышечного жома и подкожной порцией наружного сфинктера накладывали узловые швы. Одномоментно формировали наружное анальное отверстие путем вскрытия просвета низведенной кишки и фиксации участка, лишенного серозно-мышечной оболочки, по окружности к перианальной коже в форме розетки. Низведенную кишку выключали на 1–1,5 месяца двустольной стомой.

По данной методике оперировано 14 больных по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой кишки, со сроком наблюдения от 6 месяцев до 3,5 лет. Заживление первичным натяжением отмечено во всех случаях, гнойных осложнений и несостоятельности швов резервуара не было. Через 1 год после операции у двух больных выявлено прогрессирование основного заболевания. Одним из них был случай лечения синхронного рака (сочетание нижнеампулярного рака с гипернефромой), где на фоне рецидива опухоли малого таза были выявлены множественные метастазы в брюшной полости (продолжительность жизни 1,5 года). В другом случае отмечены метастазы в легких без признаков местного рецидива (процесс стабилизировался на фоне химиотерапии).

Функциональные результаты оценивались как в раннем, так и в отдаленном

послеоперационных периодах. Так, уже в ранние сроки отмечались непроизвольный тонус гладкомышечного жома-манжеты и нормальное волевое усилие при сокращении наружного сфинктера. После ликвидации протективной стомы непроизвольное тоническое сокращение жома-манжеты, а также сократительная деятельность наружного сфинктера стали основным условием восстановления запирающей функции в группе оперированных больных, случаев инконтиненции у которых мы не наблюдали.

Эндоскопически резервуар характеризовался шаровидной формой, в которой линии межкишечного анастомоза определялись в виде трех складок слизистой и сходились в области вершины резервуара (рис. 4, А). Резервуар располагался сразу над зоной искусственного сфинктера. Гладкомышечный жом обладал способностью к непроизвольному тоническому сокращению. При изучении резервуара с помощью ультразвуковых радиально сканирующих зондов MN-2R/MN-3R с частотой сканирования 20 МГц, проведенных через рабочий канал эндоскопа, определялись характерная для него слоистость стенки толщиной 1,8–2,1 мм. Искусственный сфинктер представлял собой равномерное циркулярное гипохогенное образование толщиной до 4,8 мм из дубликатуры мышечной оболочки, которая дифференцировалась за счет наличия гиперэхогенной межмышечной соединительнотканной прослойки между мышечной оболочкой стенки кишки и мышечной манжетой (рис. 4, Б).

Результаты контрастных методов исследования принципиально новой кон-

Таблица 1
Динамика показателей резервуарной функции
после интерсфинктерной резекции

Показатели	Сроки наблюдения			
	1 мес.	6 мес.	12 мес.	24 мес.
Пороговый объем	20-25	30-40	30-50	40-50
Vп, мл				
Объем дефекации	50-60	80-100	80-110	90-120
Vд, мл				
Максимально переносимый объем Vmax, мл	105-140	130-160	160-180	180-205
Частота стула (количество раз в сут.)	3-5	2-4	1-3	1-2
Многомоментность опорожнения	В 2-3 приема	В 2-3 приема	В 1-2 приема	Не отмечено

Таблица 2
Результаты профилометрии в послеоперационном периоде

Зона высокого давления (зона расположения сфинктеров)	В состоянии покоя	При попытке удержания позыва
Длина (см)	3,4	4,7
Максимальное давление (mmHg)	82,6	103,5
Среднее давление (mmHg)	54,9	73,7
Средняя амплитуда (%)	23,9	19,7

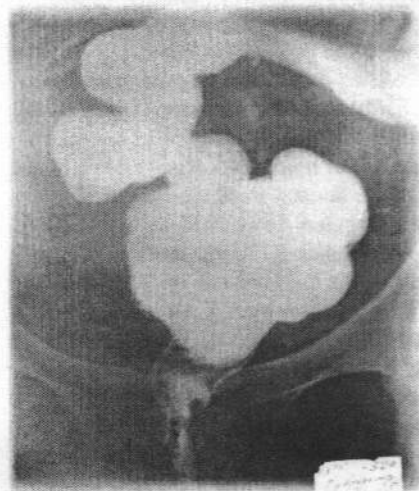


Рис. 5. Проктография в отдаленном периоде после интерсфинктерной резекции: А – баллонная проктография (объем дефекации); Б – ирригация тазового резервуара

струкции, обладающей сравнительно небольшими исходными размерами, подтвердили способность резервуара к растяжимости (рис. 5, А). Для оценки восстановления резервуарной функции в различные сроки после интерсфинктерной резекции был использован метод баллонной проктографии (рис. 5, Б). Для этого в полость резервуара устанавливали тонкостенный баллон, фиксированный на наконечнике для ирригоскопии. Баллон медленно наполняли под контролем рентгеноскопии водорастворимым контрастом до появления у больного первых ощущений (пороговый объем), затем до ощущения позыва на дефекацию (объем дефекации) и, наконец, до дискомфорта или императивных позывов (максимально переносимый объем) (таб. 1). Результаты изучения объема тазового резервуара коррелировали с характером

его функции и динамикой частоты стула в различные сроки после операции.

Исследование функции сфинктеров анального канала (наружного и вновь сформированного внутреннего) проводилось на 12-канальном аппарате POLIGRAF ID. Проводили профилометрию и аноректальную манометрию. После предварительной подготовки толстой кишки (самостоятельный стул перед исследованием) в положении лежа на левом боку с согнутыми ногами катетер устанавливался на глубину 6 см от границы анального канала. Полученные данные обработаны при помощи программы POLIGRAM NET. Для профилометрии использовали водно-перфузионный 8-канальный катетер 9012P2391 Y1631. Данные профилометрии приведены в таблице 2.

При сравнении давления покоя с попыткой удержания позыва отмечены: выраженный прирост по длине и величине зоны высокого давления в анальном канале, а также уменьшение ассиметрии (рис. 6).

Для аноректальной манометрии использовали баллонный водноперфузионный 8-канальный катетер 9012P2311 Y1731. Функция вновь сформированного внутреннего сфинктера на континенцию оценивалась при попытке удержать позыв (норма удержания не менее 3 се-

кунд). Данные аноректальной манометрии приведены в таблице 2. С целью доказательства физиологического расслабления при пробе с натуживанием был получен положительный ректоанальный ингибиторный рефлекс. Процент расслабления составил $86,3 \pm 4,7\%$.

С нашей точки зрения, конструктивные особенности резервуара, складывающиеся из шаровидной формы, растяжимости и первоначально малых размеров, являются основополагающим условием профилактики привычных запоров, нередко возникающих после формирования тазовых толстокишечных резервуаров. Механизм их, как известно, связан с неполным опорожнением резервуара [1, 4, 6]. Причем данные свойства разработанной конструкции, а также автономная сократительная функция гладкомышечного жома играли важную роль в уменьшении частоты стула, одномоментности опорожнения и восстановлении акта держания кала и газов в отдаленном периоде после интерсфинктерной резекции.

Таким образом, сочетание новых принципов резекции и пластической реконструкции у больных с «низким» раком прямой кишки позволяет получить вполне благоприятные онкологические и функциональные результаты.

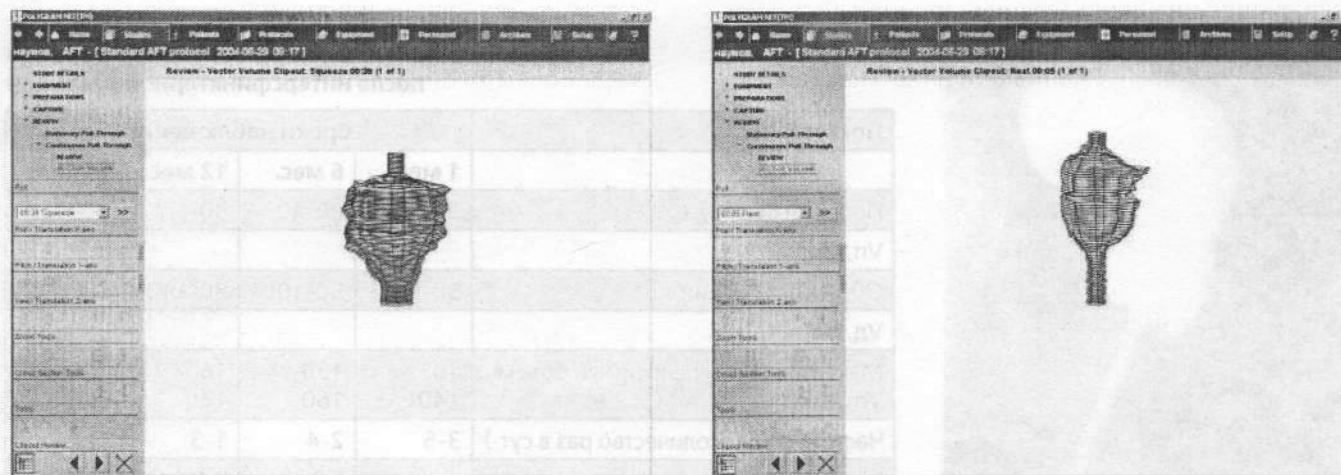


Рис.6. Аноректальная манометрия в отдаленном периоде после интерсфинктерной резекции: А – данные при давлении покоя; Б – данные при попытке удержания позыва.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С., Царьков П.В., Кабанова И.Н., Туликова А.П., Тихонов А.А., Колпаков А.В. Ближайшие и отдаленные результаты сфинктеросохраняющих операций с формированием толстокишечного J-образного резервуара. Хирургия, 2000, №6, С. 41-47.
2. Жерлов Г.К., Баширов С.Р., Панкратов И.В., Хурганов Т.О. Способ формирования резервуарного колоанального анастомоза после брюшно-анальной резекции прямой кишки. Патент РФ № 22-06280, бюл. № 17.
3. Капуллер Л.Л., Царьков П.В., Одарюк Т.С., Талалакин А.И. Клинико-морфологическое обоснование интерсфинктерной резекции прямой кишки в лечении низкого ректального рака/ IV Всероссийская конференция «Актуальные проблемы колопроктологии» с международным участием. – Иркутск, 1999, – С. 164-166.
4. Майстренко Н.А., Пережогин Е.В., Филиппов А.В. Функциональные результаты брюшно-анальной резекции прямой кишки с формированием толстокишечного резервуара. Вестник хирургии, 1988, №5, С.87-90.
5. Одарюк Т.С., Царьков П.В., Талалакин А.И. Новая сфинктеросохраняющая операция при нижеампулярном раке прямой кишки. Российский онкологический журнал, 1998, №6, С. 16-20.
6. Одарюк Т.С., Еропкин П.В., Шелыгин Ю.А., Царьков П.В., Аджанаев Ю.А., Триголосов А.В. Улучшает ли формирование тазового толстокишечного резервуара функциональные результаты брюшно-анальной резекции прямой кишки? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 1996, №1, С. 83-88.

В.И. ОНОПРИЕВ, С.Р. ГЕНРИХ, Н.Ф. ПОМАЗАНОВА
РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ, КРАСНОДАР

Способ оперативного лечения рецидивных и сложных форм паховых грыж

Проблема безрецидивного хирургического лечения больных с паховыми грыжами была и остается актуальной, что обусловлено широким распространением заболевания с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста (3%-7% мужского трудоспособного населения) [16, 20, 32]. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств [6, 9]. По некоторым литературным данным, в России за год выполняется около 200 тыс. плановых герниопластик при паховых грыжах, из них 150 традицион-

ными способами и 50 – лапароскопически, а в США около 700 тыс. грыжесечений с частотой рецидивов 10-15%, при этом количество расходов составляет более 28 млн. долларов [22, 28, 29, 31]. По некоторым данным, число рецидивов после традиционных способов герниопластики возникают у 2-20%, а повторные – у 35-40% пациентов [9, 10, 12-18]. За последние 40 лет предложено около 50 новых способов грыжесечения, а общее число методов и модификаций устранения паховых грыж превысило 300 [1, 2, 21, 24]. Это свидетельствует о продолжающемся поиске новых, более эф-

фективных способов операций и неудовлетворенности хирургов результатами лечения.

На современном этапе с внедрением в практику эндолапароскопической хирургии, эта новая технология используется и при лечении грыж брюшной стенки [5, 7, 8, 21, 26, 27]. Ее недостатками являются: сложность методики, дороговизна оборудования и расходных материалов, ограничение показаний, возможность возникновения редких, но весьма опасных осложнений [3, 4, 11, 16, 33]. За последнее время выявлено значительное число ранних рецидивов (15-20%) после эн-

доскопических герниотомий [14, 23, 25]. Соответственно, вопрос о широком использовании лапароскопической герниопластики при паховых грыжах требует дальнейшего анализа эффективности и жизнеспособности данной методики [16, 19, 22, 23].

Взросшие требования к оценке послеоперационной реабилитации пациентов с позиции качества жизни требуют пересмотра требований к предлагаемым способам.

Успех хирургического лечения пациентов с большими паховыми грыжами, особенно при рецидивных и сложных формах с измененными соотношениями слоев брюшной стенки и пахового канала, может быть обеспечен надежным укреплением каркаса брюшной стенки, восстановлением нормальных топографических отношений элементов пахового канала, сохранением трофики мышечно-связочного аппарата, воспроизводимостью эффективной технологии, использованием доступных инертных высокопрочных материалов, экономической выгодой.

Нерешенность тактических и технических проблем в хирургии рецидивных и сложных форм паховых грыж определяет актуальность данной проблемы.

Материал и методы

В клинический раздел вошли результаты обследований и лечения 220 пациентов с паховыми грыжами после герниопластики задней стенки пахового канала вшивным «нитчатым» каркасом-связкой в клинике РЦФХГ за период с 1984 по 2003 гг.

Кроме того, частью исследования явились 100 пациентов контрольной группы прооперированных одним из способов: Бассини, Мартынова, Постемского, Кукуджанова, Боброва-Жирара-Спасокукоцкого со швами по Кимбаровскому, в период с 1985 по 1998 гг.

Среди 220 больных основной группы, в возрасте от 2 до 87 лет, мужчин было 200 (90,9%), женщин — 20 (9,1%). Средний возраст составил $51 \pm 19,2$ лет ($M \pm \sigma$), а соотношение мужчин и женщин — 11:1.

При анализе клинических наблюдений для выявления причин грыжеобразования и рецидивов заболевания учитывался профессиональный анамнез; данные представлены в таблице 1.

Из 220 человек основной группы, подвергшихся оперативному лечению, прямые паховые грыжи выявлены у 88 пациентов (40%): из них левосторонних — 38 (17,2%), правосторонних — 50 (22,7%). Косые паховые грыжи с выпрямленным каналом имели место у 119 больных (54,1%): из них левосторонних —

Таблица 1
Распределение больных основной группы по характеру трудовой деятельности

	Работники тяжелого физического труда	Работники облегченного физического и умственного труда	Учащиеся	Пенсионеры	Не работающие
Мужчины	72 (32,7%)	33 (15%)	7 (3,2%)	64 (29,1%)	24 (11%)
Женщины	4 (1,8%)	5 (2,3%)	2 (0,9%)	7 (3,2%)	2 (0,9%)
Всего	76 (34,6%)	38 (17,3%)	9 (4,1%)	71 (32,2%)	26 (11,8%)

Таблица 2
Длительность заболевания у грыженосителей основной группы

Длительность заболевания	Первичные (n=189)				Рецидивные (n=31)					Итого, % от общего числа
	Прямые	Косые	Скользкие	Двухсторонние	Прямые	Косые	Скользкие	Двухсторонние	Множественно-рецидивные	
До 1 года	32	49	1	1	3	2	-	-	2	90 (40,9%)
1 - 5 лет	28	37	1	7	5	2	1	1	1	83 (37,7%)
5 - 10 лет	6	7	-	1	4	2	1	2	1	24 (10,9%)
10 - 20 лет	7	5	1	-	-	1	-	-	-	14 (6,4%)
20 лет и старше	3	3	-	-	-	-	-	1	2	9 (4,1%)
Всего	76	101	3	9	12	7	2	4	6	220 (100%)

Таблица 3
Причины выявленных рецидивов паховых грыж

Причины рецидивов	Укрепление передней стенки пахового канала			Ранняя физическая нагрузка	Раневая инфекция	Не выявленные причины
	Неадекватно выбранный способ пластики	Аллопротезирование передней стенки	Дефекты оперативной техники			
Всего	7	1	5	16	6	2
Процент	(22,5%)	(3,2%)	(16,1%)	(51,6%)	(19,4%)	(6,4%)

44 (20%), правосторонних 75 (34,1%); двухсторонние паховые грыжи наблюдались у 13 (5,9%).

Причины, способствующие возникновению рецидивов паховых грыж, многообразны. С помощью анализа собственного материала, основанного на

31 операции, выполненной по поводу первично-рецидивных и многократно-рецидивных паховых грыж, выявлены причины возвратов заболевания, представленные в таблице 3.

Наши данные согласуются с литературными сведениями, утверждающими,

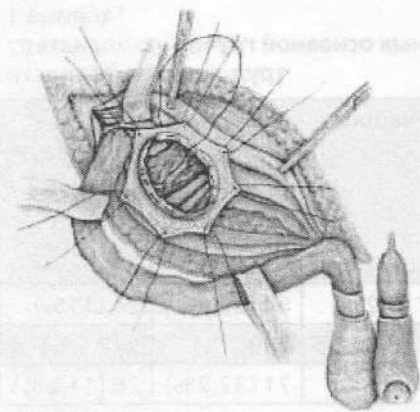


Рис. 1.

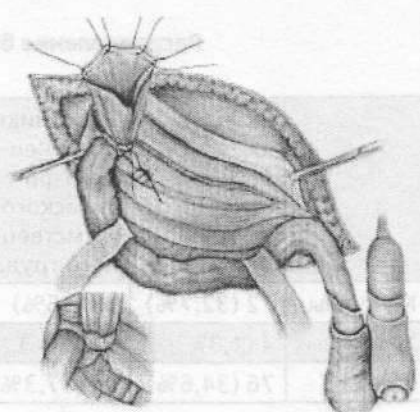


Рис. 2.

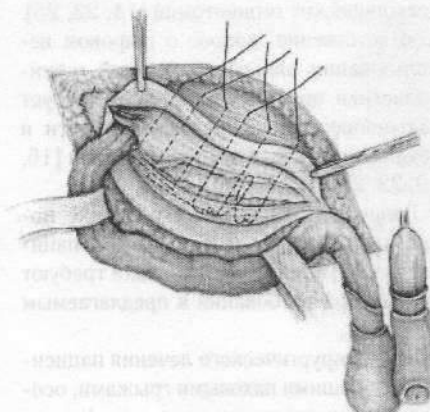


Рис. 3.

что одной из основных причин рецидивов являются технические погрешности и выбор способа реконструктивной операции на паховом канале без учета состояния местных тканей, которыми ликвидируется анатомический дефект. Необоснованная пластика без учета анатомо-хирургических изменений паховой области, когда выполнялось укрепление только передней стенки, в то время как дефицит и дефект тканей задней стенки оставались без внимания, выявлена у 7 пациентов (22,5%).

В одном (3,2%) случае рецидив заболевания возник после аллопротезирования передней стенки пахового канала, при интраоперационном исследовании выявлено отхождение трансплантата от местных тканей в связи с прорезыванием фиксирующих лигатур.

Но не только необоснованность применяемого способа может служить причиной рецидива; технические погрешности, имеющие место при выполнении предшествующих операций, также predisполагают к повторному образованию грыжи. Так, у 5 больных (16,1%) при укреплении передней стенки пахового канала паховая связка не была захвачена в шов, устраняющий паховый промежуток, т.е. прослеживалось подшивание медиального листка апоневроза наружной косой мышцы живота к «ложному» пупарту; в одном случае наблюдалось оставление части грыжевого мешка и подшивание к паховой связке поверхностной фасции вместо апоневроза наружной косой мышцы живота.

Согласно нашим данным и сообщениям других исследователей, раневая инфекция, ведущая к появлению лигатурных свищей, абсцессов, гранулем и латентной микробной флоры в зонах послеоперационных рубцов, также является одной из причин возврата грыжевой болезни. Глубокая раневая инфекция

имела место у 6 (19,4%) повторно оперированных больных.

Среди общих причин возникновения рецидивов особое значение принадлежит рано начатой физической нагрузке. Тяжелый физический труд, особенно в период формирования послеоперационного рубца (5-6 мес.), явился одним из факторов, способствующих повторному возникновению грыжи; эта закономерность прослеживалась у 16 (51,6%) пациентов, причем у 9 из них рецидивы возникли в первые 3-6 мес. после операции.

Предлагаемое оперативное пособие оказывалось следующим образом: в паховой области параллельно и медиальнее паховой складки на вершине грыжевого валика рассекают кожу, подкожную клетчатку. Тупо в пределах пахового канала выделяют апоневроз наружной косой мышцы живота. Рассекают переднюю стенку пахового канала. Семенной канатик с грыжевым мешком тупо отделяют от наружной косой и поперечной мышц живота, поперечной фасции. При рецидивной грыже, для исключения дополнительного травмирования семенного канатика, его выделение начинают с дистальной части, не вовлеченной в рубцовый процесс. Выделяют и вскрывают грыжевой мешок.

Содержимое грыжевого мешка погружают в брюшную полость, дополнительно производят препаровку стенок грыжевого мешка до уровня входных ворот со стороны брюшной стенки. Этот уровень представляет собой воронкообразное выпячивание в поперечной фасции, где, с визуализацией пограничных структур (a. et v. epigastrica inferior) и органов, на брюшину шьют первый внутренний кисетный шов, исключая их повреждение проведением строго под брюшиной (рис. 1). Той же нитью через все слои стенок грыжевого мешка, включая и края поперечной фасции вокруг шей-

ки грыжевого мешка, накладывают второй — наружный — кисетный шов, свободные края нитей выводят наружу с лигированием воронки над входом в паховый канал (рис. 2). Отсекают стенки грыжевого мешка и удаляют избыточную предбрюшинную клетчатку. Латеральный листок апоневроза наружной косой мышцы живота отводят крючком Фарабефа для визуализации пупартовой связки. После приступают к укреплению задней стенки пахового канала с помощью вшивного сетчатого каркаса. В пупарту связку шьют несколькими стежками нить (предпочтительнее полифиламентной: лавсан №3/0; можно использовать монолитную №40 и т.д.). Во второй стежок захватывается поперечная фасция и фасциальные влагалища внутренней косой и поперечной мышц живота, для устранения пахового промежутка. При этом повторное вшивание нити в пупарту связку укрепляет фиксацию создаваемого каркаса. (Аналогично вшиваются 3-4 нити, с дополнительным прошиванием пупартовой связки, при этом расстояние между П-образными швами 0,5-0,7 см.) (рис. 3). Медиальный шов фиксируют за надкостницу. Латеральный П-образный шов проходит рядом с медиальным краем семенного канатика, тем самым ликвидируется расширение глубокого пахового кольца, причем семенной канатик предварительно перемещен в латеральный угол межмышечно-апоневротической щели (рис. 4). Меняют иглу на (модифицированную) выпрямленную, режущую, с тупым концом (№1>6см.). Концы вшитых нитей поочередно, с помощью модифицированной иглы, проводят над брюшиной и под поперечной фасцией в предбрюшинной клетчатке под внутренней косой и поперечной мышцами живота и выводят на поверхность на 2-3 см медиальнее линии рассечения апоневроза наружной

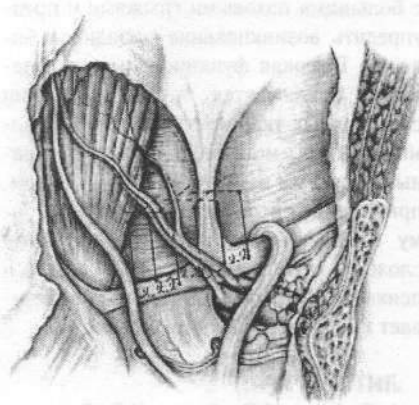


Рис. 4.

косой мышцы живота (рис. 5). Расстояние между выколом должно быть равномерным и соответствовать расстоянию между вшитыми в пупартову связку концами нитей. Направление нитей — около 90° к связке, но без захвата влагалища прямой мышцы живота. Вшитый П-образный каркас-связку берут на зажим-держалку и незначительно подтягивают вверх. Вертикальное натяжение за П-образные швы устраняет паховый промежуток (рис. 6). После моделирования пахового промежутка, свободные концы нитей фиксируют дополнительным вшиванием в апоневроз и переплетением с близлежащими нитями граничащих швов (рис. 7). Сближенные нити П-образных швов лигируют. Семенной канатик укладывают на мышцы (поперечную и внутреннюю косую). Листки апоневроза наружной косой мышцы живота сшивают «стык в стык» поверх семенного канатика 8-образными швами (рис. 8). Вновь сформированное наружное паховое кольцо не должно сдавливать семенной канатик. После тщательного гемостаза накладывают компрессирующие швы на клетчатку и кожу, кожные швы.

Результаты и обсуждение

Эффективность различных методов грыжесечения может быть определена тщательным изучением отдаленных результатов всех оперированных больных. Лишь такой анализ клинических наблюдений способствует объективной оценке новой технологии.

Для изучения отдаленных результатов мы проанализировали материал, накопленный нашим центром с 1984 по 2003 гг. Из 220 больных, оперированных нашим способом, отдаленные результаты прослежены у 187 (85%) в сроки от 1 года до 19 лет. Эти сроки наблюдения представляются нам достаточными для суждения об эффективности метода лечения.

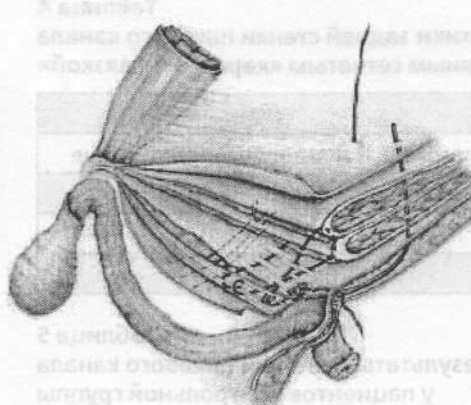


Рис. 5.

Отдаленные результаты лечения больных с рецидивными и «сложными» паховыми грыжами с помощью предлагаемого метода изучались непосредственным осмотром 155 больных (70,4%), а также путем анкетирования (20 больных — 9,1%).

Клиническая оценка результатов пластики задней стенки пахового канала вшивным сетчатым «каркасом-связкой» проводилась по трехбалльной системе. Основными критериями эффективности метода в отдаленном периоде служили: отсутствие или наличие жалоб, связанных с методом герниопластики; ограниченное или полное восстановление трудовой деятельности на производстве и в быту; отсутствие или наличие рецидива заболевания; полное или неполное достижение анатомо-функционального и косметического эффекта.

По полученным данным и результатам осмотра все больные были распределены на три группы: больные с «хорошими», «удовлетворительными» и «неудовлетворительными» результатами. Сведения о полученных данных представлены в таблице 4.

Анализ данных таблицы 4 показал, что из общего числа наблюдений у 166 (76,2%) пациентов отдаленные результаты были хорошими; у 21 (9,7%) результаты расценены как удовлетворительные; неудовлетворительных исходов не было.

Для сравнения отдаленных результатов оперативного лечения рецидивных и сложных форм паховых грыж с применением пластики задней стенки пахового канала вшивным нитчатым «каркасом-связкой» с результатами общепринятых способов обработано 100 историй болезней пациентов, которые составили контрольную группу. Последние оперированы с 1985 по 1998 гг. в хирургических отделениях двух краевых учреждений.

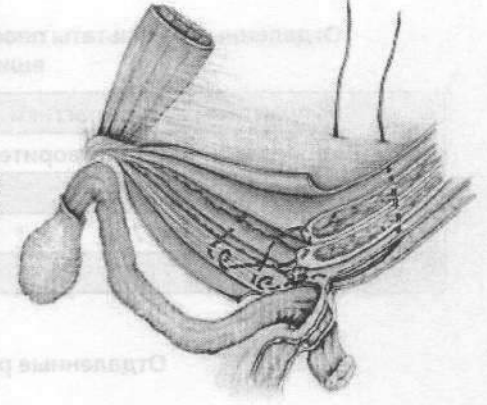


Рис. 6.

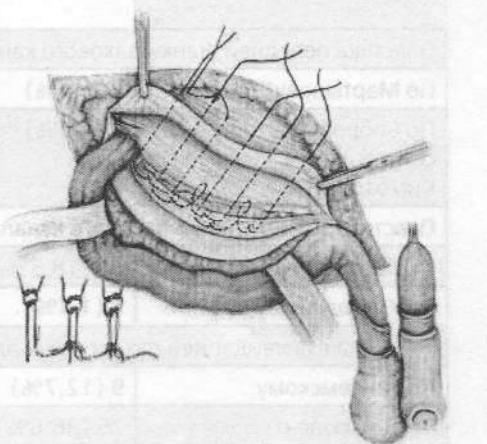


Рис. 7.

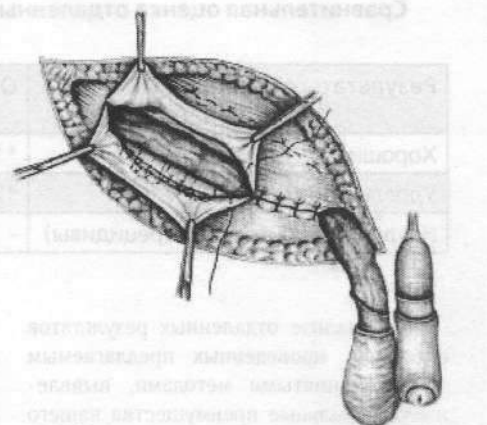


Рис. 8.

Катамнестическая оценка результатов пластики пахового канала у пациентов контрольной группы оценивалась также по трехбалльной системе (табл. 5).

Таким образом, из прослеженных 71 пациента контрольной группы отдаленных результатов в сравнении с результатами исследования 187 человек основной группы, выявлена достоверная разница показателей в исследуемых группах, что отражено в таблице 6.

Таблица 4
Отдаленные результаты пластики задней стенки пахового канала
вшивным сетчатым «каркасом-связкой»

	Результаты герниопластики		
	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
муж	150 (68,2%)	17 (7,7%)	-
жен	16 (8%)	4 (2%)	-
Всего	166 (76,2%)	21 (9,7%)	-

Таблица 5
Отдаленные результаты пластики пахового канала
у пациентов контрольной группы

Способ пластики	Результаты герниопластики		
	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Пластика передней стенки пахового канала:			
По Мартынову	1 (1,4%)	3 (4,2%)	2 (2,8%)
По Боброву-Жирару-Спасокукоцкому со швами по Кимбаровскому	2 (2,8%)	4 (5,6%)	1 (1,4%)
Пластика задней стенки пахового канала:			
По Бассини	13 (18,3%)	5 (7%)	3 (4,2%)
По Кукуджанову	1 (1,4%)	-	-
Пластика с ликвидацией пахового канала:			
По Постемскому	9 (12,7%)	22 (31%)	5 (7%)
Всего, процент	26 (36,6%)	34 (47,8%)	11 (15,4%)

Таблица 6
Сравнительная оценка отдаленных результатов оперативного лечения
в основной и контрольной группах

Результаты операций	Основная группа	Контрольная группа
Хорошие	*166 (88,8%)	26 (36,6%)
Удовлетворительные	*21 (11,2%)	34 (47,8%)
Неудовлетворительные (рецидивы)	-	-

При анализе отдаленных результатов операций, проведенных предлагаемым и общепринятыми методами, выявлены убедительные преимущества нашего способа по целому ряду параметров.

Выводы

1. Использование технологий герниопластики без гарантированного укрепления задней стенки пахового канала в 15,4% случаев обречено на рецидив грыжеобразования.

2. Расположение монолитного вшивного каркаса между париетальной брюшиной и мышцами передней брюшной стенки позволяет более эффективно противостоять действию повышенного внутрибрюшного давления.

3. Рецидивов после предлагаемого метода не выявлено; таким образом, можно считать, что предлагаемый способ дает лучшие результаты пластики при рецидивных и сложных формах паховых грыж по сравнению с обычными способами.

На наш взгляд, все вышеперечисленные факты доказывают, что созданный внебрюшинный «каркас-связка» прочно восстанавливает и укрепляет заднюю стенку пахового канала, а также выполняет свои анатомо-физиологические функции.

Способ позволяет повысить эффективность лечения и исключить рецидивы посредством устранения пахового проемежутка и создания вшивного сетчатого каркаса. Использование способа позволяет добиться излечения пациентов

с большими паховыми грыжами и предупредить возникновение рецидивов болезни. Высокая функциональность операции заключается в использовании собственных тканей стенки живота, армированных монофиламентным вшивным сетчатым каркасом. Таким образом, применение способа приводит к быстрому и надежному выздоровлению этой сложной группы больных, социальной и психической их реабилитации, обеспечивает им высокое качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабкова И.В., Божко В.В. Возможности УЗИ-исследования при неосложненных паховых грыжах. // Хирургия. — 1999. — № 2. — С. 46-50.
2. Горелик М.М. Анатомо-хирургические экспериментальные и клинические материалы к обоснованию выбора метода оперативного лечения паховых грыж. Автореф. дис. ... доктора мед. наук. — Саратов. — 1974. — 15 с.
3. Егиев В.Н., Воскресенский П.К., Емельянов С.И., Ионова Е.А., Лядов К.В., Рудакова М.Н., Рутенбург Г.М., Чижов Д.В., Щетинин В.В., Федоров А.В. Ненатяжная герниопластика. — М.: Медпрактика-М. — 2002. — 147 с.
4. Егиев В.Н., Титова Г.П., Шурыгин С.Н., Чижов Д.В. Осложнения пластики пахового канала по Лихтенштейну. // Хирургия. — 2002. — № 7. — С. 37-40.
5. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. — Ст-Петербург: Фолиант. — 2000. — 176 с.
6. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир Хирургия грыж живота и эвентраций. — Симферополь: «Бизнес-Информ». — 2002. — 438 с.
7. Кулик Я.П., Седов В.М., Гуслев А.Б., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. Лапароскопическая внебрюшинная герниопластика в лечении больных паховой грыжей. // Вестн. хир. — 1995. — № 3. — С. 106-109.
8. Луцевич О.Э., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А., Вдовин В.В. Лапароскопическое лечение паховых грыж. // Хирургия. — 1997. — № 1. — С. 61-62.
9. Мариев А.И., Фетюков А.И. Оперативное лечение паховых и бедренных грыж с использованием предбрюшинного доступа. // Вестн. хир. — 1990. — № 4. — С. 119-121.
10. Мариев А.И., Ушаков Н.Д. Наружные грыжи живота. — Петрозаводск. — 1998. — 169 с.
11. Ороховский В.И. с соавт. Основные грыжесечения. — МУНЦЭХ, КИТИС, Ганновер-Донецк-Коттбус. — 2001. — 236 с.

12. Осипов В.И., Гусев А.И. Способ пластики при косой паховой грыже. // Вестн. хир. — 1999. — № 6. — С. 83-85.
13. Ривкин В.И. Первая тысяча лапароскопических грыжесечений. // Рус. мед. журн. — 1996. — № 7. — С. 448.
14. Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В., Гуслев А.Б., Чуйко И.В. Ближайшие результаты лапароскопической герниопластики при паховых и бедренных грыжах. // Хирургия. — 1995. — № 5. — С. 27-29.
15. Сазонов К.Н., Северин В.И., Кюн Л.В. Способ оперативного лечения «трудных» грыж паховой области. // Вестн. хир. — 2002. — № 1. — С. 42.
16. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Сендерович Е.И., Гололобов Ю.Н., Тиммербулатов М.В., Нуртдинов М.А. Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами. // Хирургия. — 2002. — № 1. — С. 45-48.
17. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Чеканина С.В. Многослойная глубокая пластика при паховых грыжах. // Вестн. хир. — 1997. — № 1. — С. 101-102.
18. Стойко Ю.М., Силищев С.Н. Сравнительная оценка некоторых методов оперативного лечения паховых грыж. // Вестн. хир. — 1989. — № 8. — С. 137-139.
19. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. — М.: «Триада-X». — 2003. — 144 с.
20. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. — М.: «Медицина». — 1983. — 240 с.
21. Федоров В.Д., Андреев С.Д., Адамьян А.А. Принципы оперативного лечения паховых грыж. // Хирургия. — 1991. — № 1. — С. 59-64.
22. Федоров В.Д., Адамьян А.А., Гогия Б.Ш. Эволюция лечения паховых грыж. // Хирургия. — 2000. — № 3. — С. 51-53.
23. Шляховский И.А., Чекмазов И.А. Современные аспекты хирургического лечения грыж брюшной стенки. // Consilium medicum. Гастроэнтерология. — 2002. — № 3. — С. 27-28.
24. Янов В.Н. Способ аутодермальной пластики при «трудных формах» паховых грыж. // Вестн. хир. — 2001. — № 3. — С. 49-51.
25. Frantzides C.T. Laparoscopic and transabdominal surgery. Переводн. Изд. СПб. — 2000. — С. 91-105.
26. Fitzgibbons R.J. Intraperitoneal onlay mesh technique for laparoscopic herniorrhaphy. // Surg. Laparosc Endosc. — 1994. — № 4. — p. 408-409.
27. Corbitt J.D. Transabdominal preperitoneal herniorrhaphy. // Surg. Laparosc Endosc. — 1994. — № 4. p. 410.
28. Lichtenstein I.L. Am J Surg. — 1987. — 153: 553-559.
29. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. Twenty questions about hernioplasty. // American Surgeon. — 1991. — Vol. 57. — P. 730-733.
30. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. Surg Clin North Am. — 1993. — 73: 529-544.
31. Rutkov I.M., Robbins A.W. Surg Clin North Am. — 1993. — 73: 413-426.
32. Toy F.K., Smoot R.T. Jr Laparoscopic hernioplasty update. // J Laparoendosc Surg. — 1992. — v. 2. — № 6. — p. 364.
33. Troidl H. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie — Mitteilungen. — 1997. — 5: 372-387.

ВНИМАНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ!

Приглашаем вас разместить информацию о деятельности Вашего учреждения на страницах нашего журнала в виде научной статьи, реферата, доклада. Статьи научного характера публикуются бесплатно, размещение рекламных материалов платное.

Просим обратить Ваше внимание на изменения в требованиях по представлению статей.

ТРЕБОВАНИЯ К РУКОПИСЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ. Рукописи принимаются в электронном виде в формате WinWord на дискетах 3,5" либо на CD-R/RW-дисках. К статье обязательно должна прилагаться ее распечатанная копия. Рукопись должна быть набрана шрифтом 14 через 1,5 интервала (поля — 2,5 см со всех сторон) и в печатном виде представлена в 2-х экземплярах. Титульная страница должна содержать: название статьи, которое должно быть кратким, но информативным; фамилии и инициалы каждого из авторов; названия учреждения (института), в котором выполнялась эта работа, автора, ответственного за ведение переписки.

РЕЗЮМЕ. Резюме статьи не более чем в 150 слов должно быть представлено отдельным файлом.

ТЕКСТ. Текст статьи делится на разделы с заголовками («Введение» («Вступление»), «Материалы и методы», «Результаты и обсуждение», «Выводы» («Заключение»).

ТАБЛИЦЫ. Таблицы должны быть представлены отдельным файлом в формате WinWord. Каждая таблица должна быть напечатана через 1 интервал 10-12 шрифтом на отдельной странице.

ИЛЛЮСТРАЦИИ (РИСУНКИ). Иллюстрации принимаются только в электронном виде отдельными файлами (не включенными в текст статьи) в форматах *.JPEG или *.TIF с разрешением 300 dpi на CD-R/RW-дисках либо на дискетах 3,5". Иллюстрации должны быть нарисованы или сфотографированы профессионально, а также пронумерованы. Подписи под рисунками должны быть представлены отдельным файлом и напечатаны 12 шрифтом через 1,5 интервала.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СТАТЬИ. К статье следует приложить сопроводительное письмо, содержащее заявление о том, что статья прочитана и одобрена всеми авторами; ФИО, адрес и телефон автора, ответственного за ведение переписки, а также домашние адреса всех авторов.

Раздел V. История медицины

Рыцарь российской хирургии

В.Л. ОКОЛОВ
ПЯТИГОРСК

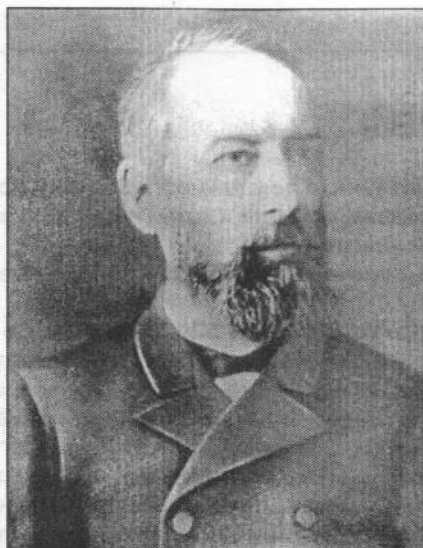
*«Пред великим умом — я склоняю голову,
Перед сердцем великим — колени...»*

И.В. Гете

История российской хирургии богата именами видных хирургов, жизнь и деятельность которых может служить примером для многих поколений. В этой плеяде особое место занимает имя Сергея Петровича Коломнина, чья жизнь оборвалась в самом расцвете творческих сил — он прожил всего 44 года, но успел вписать свое имя в историю отечественной хирургии.

Родился С.П. Коломнин 25 сентября 1842 г. в Петербурге в дворянской семье. Среднее образование получил в Архангельской мужской гимназии, которую окончил в 1860 г. с серебряной медалью и поступил в Медико-хирургическую академию.

В этот период в ней преподавали крупные ученые: анатомы — проф. В.Л. Грубер, П.А. Наранович, физиолог — Н.М. Якубович, химик — Н.Н. Зинин, терапевты — В.В. Бессер и В.Е. Экк, хирурги — П.П. Заблочкин-Десятовский, А.А. Китер и др. После окончания академии в 1865 г. он был оставлен ординатором госпитальной хирургической клиники, основанной в 1841 г. великим Н.И. Пироговым и возглавляемой одним из его учеников А.А. Китером. Молодой ординатор, увлеченный хирургией, много времени отдавал лечебной и научной работе, подготовил и уже в 1869 г.



С.П. Коломнин

защитил диссертацию на тему «О восстановлении кровообращения у человека после перевязки больших артериальных стволов», получив степень доктора медицины. Диссертация С.П. Коломнина основана на клинических и экспериментальных исследованиях. Он критически разобрал литературные данные о последствиях перевязки крупных артериальных стволов и, обобщив весь мате-

риал, пришел к выводу, что гангрена частей конечности, расположенных ниже перевязки ствола, наблюдается в весьма небольшом проценте случаев. Он указал, что организм человека обладает большими компенсаторными возможностями для восстановления кровообращения путем развития коллатералей и расширения капилляров, выделив 4 способа восстановления кровообращения. Из всего этого он сделал логически критические выводы, которые не потеряли своего значения и в наши дни.

За короткий срок пребывания в академии С.П. Коломнин так хорошо зарекомендовал себя как хирург и педагог, что когда в 1870 г. освободилась кафедра теоретической хирургии МХА, Конференция академии большинством голосов предложила ему возглавить эту кафедру, однако военный министр не утвердил это решение.

В 1872 г. С.П. Коломнин был приглашен в Киевский университет, где возглавил госпитальную хирургическую клинику. Проявив себя прекрасным педагогом, он был рекомендован в 1874 г. на заведование кафедрой теоретической хирургии с госпитальной хирургической клиникой.

В своем представлении декан медицинского факультета профессор

В.А.Караваяев писал: «Экспериментальные и клинические труды г. Коломнина, его стремление класть в основу своих исследований и диагностических приемов физиологические и анатомические данные вместе с опытом, безупречная правдивость его критических выводов относительно приложимости новых и стремление раздвинуть границы старых, действительно полезных методов высоко ставят его как патолога и клинициста. В его технике как оператора я имел случай лично убедиться. Преподавательские его способности уже известны факультету из его почти двухлетней деятельности в университете. Таким образом г.Коломнин удовлетворяет всем, даже взыскательным, требованиям, предъявляемым к самостоятельному представителю хирургии». Однако и это новое представление постигла печальная участь: комиссия, рассмотрев его научные труды, пришла к заключению не в его пользу. Вскоре у него отняли хирургическую клинику, оставив ему чтение теоретической хирургии. Но С.П.Коломнин стойко перенес и эти неприятности и продолжил свою педагогическую деятельность.

Лекции Сергей Петрович читал прекрасно, с демонстрацией и разбором больных, которые отличались четкостью и лаконичностью. Г.А.Колосов в очерке о С.П.Коломнине привел мнение слушателя: «Лекции Коломнина в Киеве производили на нас обаятельное впечатление; за время моего пребывания в университете мне не приходилось слышать лучшего лектора, чем Коломнин; он так хорошо, живо и красочно излагал свой предмет, что слушатели увлекались; после первых лекций сходились не только медики всех курсов, но даже студенты других факультетов — так велика была его слава как замечательного лектора; многие аудитории пустовали, и на вопросы профессоров, где слушатели, получали один ответ: на лекции Коломнина. Студенты души не чаяли в нем, и переполненная аудитория почти всегда после каждой лекции разражалась бурей аплодисментов. Особенно поражали законченность каждой лекции и компоновка ее — как будто не было лишнего слова, ни одной красноречивой фразы и вместе с тем это было стройное красивое, увлекательное изложение».

За четырехлетний период пребывания в Киевском университете он зарекомендовал себя как пылкий ученый и талантливый хирург. Среди научных работ этого периода особое место занимают работы по внутриартериальному

переливанию дефибринированной крови. Понимая всю сложность и опасность проблемы (не было еще законов изогеммагглютинации), С.П.Коломнин пытался снизить эти опасности дефибринированием крови, и его опыт давал в ряде случаев положительные результаты.

В 1876 г. он по приглашению С.П.Боткина отправился добровольцем в составе санитарного отряда Красного Креста на театр освободительной войны в Сербию, а затем участвовал в русско-турецкой войне (1877-1878 гг.), где впервые в мире применил переливание крови в военно-полевых условиях, о чем упомянул Н.И.Пирогов в своем капитальном труде «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877-1878 гг.» (СПб, 1879 г.).

Будучи ярым сторонником антисептического метода Д.Листера, С.П.Коломнин пытался уже в военно-полевых условиях улучшить практическое применение антисептики, упростив многослойную антисептическую повязку, заменив некоторые ее слои салициловой ватой, а затем пользовался марлей с карбололизированной ватой (В.И.Колесов, 1953).

В 1878 г. по конкурсу С.П.Коломнин был избран профессором кафедры оперативной хирургии Медико-хирургической академии, а в 1880 г. (после отъезда в г.Москву проф.Н.В.Склифосовского) возглавил академическую хирургическую клинику академии. Все свои знания, опыт, талант и силы отдавал Сергей Петрович кафедре и хирургии. Не имея личной жизни (он не был женат), он большую часть жизни проводил в клинике. Он не раз говорил: «...Хирургия, господа, отнимает у меня половину жизни», а утром снова вставал к операционному столу. Работал он как в клинике, так и в амбулатории. Лекции его отличались четкостью и законченностью. Оперировал он как по книге: «Ни одного лишнего движения ножом, никакой лишней торопливости, неподражаемое умение распределить силы своих помощников...» (Н.А.Воронихин, 1890г.).

Аудитория и клиника его были светлыми, просторными и производили впечатление чистоты и уюта.

Сергей Петрович был стройный, высокого роста, худощав, с умным, суровым лицом, с резкими, несколько восточного типа, чертами и орлиным носом. Он был всегда серьезен, улыбка почти никогда не освещала его лицо. Это был человек долга, ставящий свой долг выше всего, человек, не способный ни на какие компромиссы со своей совестью.

Именно его высоконравственное чувство долга и чистая совесть привели его к трагическому исходу. Опирируя жену офицера, специально приехавшую в Петербург за медицинской помощью, он отказался от хлороформного наркоза (больная дважды травилась фосфором). Решив оперировать под местной анестезией кокаином, он поручил своему ассистенту рассчитать дозу кокаина для удаления язвы прямой кишки. Была сделана местная анестезия кокаином. Операция прошла успешно, но уже через час появились признаки отравления кокаином. Несмотря на все принятые меры, больная скончалась.

Петербургские газеты запестрели заметками, в которых извращались обстоятельства и факты, вплоть до обвинения в том, что «женщину убили».

Впечатлительный и чувствительный С.П.Коломнин был потрясен, глубоко переживал случившееся. В разговоре с братом он сказал: «Что мне Ваши суды и законы — моя совесть мне судья».

Лишенный чуткого отношения со стороны коллег, затравленный прессой, после пяти дней жестоких нравственных страданий, почти без сна и еды, замкнувшийся и больной Сергей Петрович Коломнин 11 ноября 1886 г. покончил с собой. Оставленная им записка была лаконичной: «На прошлой неделе, вероятно, случилось временное помрачение ума от неприятностей, и от того та операция. Я не виноват, желал добра. Доктора Морозова (ассистента) и других прошу не винить».

Смерть С.П.Коломнина произвела потрясающее впечатление. В печати писали о нем как о человеке высоконравственном и благородном, как о мученике науки.

Нельзя забыть речи на его могиле. Один из его учеников доктор Вяжлинский сказал:

«И будет камень над могилой Украшен славным надписаньем, Для нас святым воспоминаньем: «Он врач был, он был человек». И верь ты — всяк, чье сердце бьется, Кто любит, чувствует, метется, Твой подвиг страшный оценит. И образ твой, страданья полный, Венцом сиянья окружит».

На заседании Общества русских врачей 20 ноября 1886 г. С.П.Боткин в глубоко прочувствованной речи, посвященной памяти С.П.Коломнина, «поставил в особую вину себе и другим товарищам покойного то, что, недостаточно оценив особенности внутреннего его мира, не протянули ему вовремя руку помощи и не отклонили его от несправедливого самоосуждения».

Так в самом расцвете своих творческих сил ушел из жизни этот крупный ученый, хирург и благородный человек.

Из научных трудов (их всего 33) помимо диссертации нужно особо отметить работу «Перевязка наружной сонной артерии. Двухсторонняя ее перевязка» (СПб, 1883 г.). С.П.Коломнин первый в России произвел перевязку наружной сонной артерии. В работе на основании литературных данных с собственными наблюдениями он убедительно доказывал, что перевязка наружной сонной артерии гораздо безопаснее, чем общей сонной артерии и в техническом отношении несложна (он предложил перевязку делать между щитовидной и язычной, что было наиболее приемлемо).

В течение четырех лет (1880-1883 гг.) он произвел пять таких перевязок, из них в 4-х случаях была сделана двухсторонняя перевязка, а в 2-х случаях она была одномоментной. Он дал четкий утвердительный ответ о перевязке сонной артерии на перевязочном пункте в военно-полевых условиях.

Другой его труд «Общий медицинский очерк Сербско-Турецкой войны 1876г. и тыла армии в Бессарабии и Румынии и во время турецкой войны 1877 г.» был результатом почти двухлетнего пребывания на театре военных действий и характеризует автора как крупного военно-полевого хирурга. В работе подробно описаны все случаи огнестрельных ранений с применением антисептического метода Д.Листера. Автор выделил группы раненых, где повязки дали хорошие результаты — это раненые, где повязки накладывались непосредственно после ранения и раненые, где повязки накладывались через разные сроки после ранения — у этих пораженных особого действия они не оказывали. Он справедливо писал:

«На практике применение листеровской повязки при всем добром желании должно ограничиться, в силу недостатка времени и рук, лишь небольшой частью раненых».

Довольно интересными и прогрессивными являются работы С.П.Коломнина по переливанию крови, которым он отдал много времени и сил. Первые переливания крови он стал производить еще в 1872г. во время работы в Киевском университете. Он обстоятельно и подробно описал технику переливания крови: «Кровь из вены донора собиралась в сосуд, помещенный в водяной бане при температуре 37°C. В этом сосуде помешиванием стеклянной па-

лочкой производилось дефибрирование крови, затем ее процеживали через батист, где задерживались сгустки крови. У реципиента обнажалась лучевая артерия, центральный конец ее перевязывался, а в периферический конец артерии вводилась кровь. Доза перелитой крови колебалась между 200 и 400 мл». Он отметил эффективность и простоту применения этого метода. Он писал: «Производство операции весьма просто, не требует сложных аппаратов и вполне возможно при самой невзысканной обстановке».

В докладе Обществу русских врачей (1880г.) в С.-Петербурге он писал: «Крайне жалею, что артериальное переливание — операция весьма безопасная и часто очевидно очень полезная — применяется очень редко. При травматических кровотечениях и в области акушерства (placenta previa) она незаменима...». Позднее он неоднократно выступал по этому вопросу, являясь его сторонником и был поддержан известными хирургами — Е.В.Павловым, Н.В.Склифосовским, П.П.Пелехиным и Н.Д.Монастырским.

Из других работ С.П.Коломнина известна видоизмененная остеопластическая ампутация стопы по Н.И.Пирогову, где Сергей Петрович предложил удалять пяточную кость, оставляя надкостницу. У оперированных больных этим способом форма культи и ее опорная функция были хорошими.

Особого внимания заслуживает работа по лечению туберкулеза позвоночника с большим натечным абсцессом. С.П.Коломнин применял прокол натечного абсцесса троакаром и опорожнял полость (он считал, что применение рассечения или вскрытия натечных абсцессов каленым железом, как применялось в то время — вредны). Он один из первых отметил диагностическое значение исследования прямой кишки при кокситях.

Известны его работы по остеотомии для лечения искривления в области коленных суставов, о действии различных пуль на организм человека, резекции верхней челюсти по поводу рака и др.

С.П.Коломнин был патриотом России, любил ее и горячо отстаивал достоинство русской науки. Выступая на Международном конгрессе хирургов в Лондоне (1881 г.), восстановил приоритет В.Д.Владимирова в производстве им остеопластической резекции стопы при туберкулезе голеностопного сустава и опухолях пяточной области (1872 г.), которую он произвел раньше И. Микулича (1881 г.).

Посетив ряд клиник Англии, Франции и Германии, С.П.Коломнин опубликовал работу «Международный медицинский конгресс в Лондоне, 1881 г. (Очерк современного состояния хирургии в Германии, Франции, Англии и России)», где познакомился с работой ряда клиник и пришел к выводу, что хирургия в России находится на более высоком уровне, чем в других странах Европы. Он отрицательно отнесся к операциям, которые производятся в иностранных клиниках без достаточно четких показаний, и особенно осуждал операции в детском возрасте при туберкулезном поражении суставов.

После конгресса в Лондоне он высказал идею созыва следующего конгресса в Москве (что было осуществлено много позже — лишь в 1897 г.). Он писал: «...Что мы можем показать — очень многое, и что Медико-хирургическая академия с ее музеями, лабораториями и клиниками — заведение, единственное в Европе». Но в России уже в то время было ряд хорошо организованных лечебных и научных учреждений. С чувством гордости отмечал С.П.Коломнин эти все достижения и всегда иронически относился к людям, которые слепо преклонялись перед всем иностранным, не желая замечать успехов в России.

С.П.Коломнин был хорошим научным руководителем и всегда внимательно относился к обучению и воспитанию молодых научных работников, которые занимались в его клинике.

Много внимания уделял он повышению квалификации практических хирургов, которые были прикомандированы для усовершенствования к клинике. Составленная им программа была рассчитана на двухгодичное обучение врачей, в которой предусматривались вопросы военно-полевой и оперативной хирургии с топографической анатомией, десмургии. Усовершенствование в клинической диагностике и технике производства хирургических операций врачи получали во время работы в клинике.

Таким образом, еще до открытия Императорского клинического института Великой княгини Елены Павловны в С.-Петербурге (1885 г.) он в клинике Военно-медицинской академии проводил систематическое обучение врачей для повышения их квалификации.

Прошло более 100 лет со дня смерти С.П.Коломнина. Можно по-разному относиться к его поступку, но имя его всегда будут вспоминать благодарные потомки.

Раздел VI. Информация

Научный мир – на пороге переворота, который может быть сделан в Сибири

6–8 октября 2004 года в г. Томске проходила научная конференция «Новые оперативные технологии (анатомические, экспериментальные и клинические аспекты)».

Инициатором этого научного форума в Томске был выдающийся трансплантолог России, член-корреспондент РАМН, профессор И.Д. Кирпатовский (Москва, РУДН).

Эта конференция проходила в юбилейный для г. Томска год. В сентябре 2004 года ему исполнилось 400 лет. Наряду с большим количеством непосредственных участников (около 100 человек), эта конференция вызвала большой интерес у широких слоев интеллигенции г. Томска и студентов.

Пленарному заседанию в Большом зале Обладминистрации предшествовало великолепное открытие конференции участием детских творческих коллективов Томска и образцового ансамбля народного танца «Русские забавы» (руководитель О.В. Алексеева).

Важным для вузовского Томска было участие представителей Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам, в состав которой входит Федеральный институт промышленной собственности. В докладе «Инновационные процессы в медицине и патентное право» (Т.Б. Шахматова) было заявлено, что создание национальной инновацион-



ной системы сегодня относится к числу высших приоритетов социально-экономической политики Российского государства.

Было подвергнуто критике наблюдаемое в медицинских кругах недопонимание необходимости всемерного развития юридической патентной грамотности ее работников. Лекция профессора И.Д. Кирпатовского (Москва) на тему «Актуальные вопросы пересад-

ки эндокринных органов» завершилась овацией, которую устроили ему ученые Томска, Москвы, Санкт-Петербурга, Ярославля, Перми, Владимира и др. Громко о себе и новых оперативных технологиях заявили нейрохирурги из г. Новосибирска, представившие опыт использования частично-зрелых дендритных клеток в лечении больных злокачественными глиомами головного мозга.

Доклад профессора Ю.Т. Цуканова (Омск) о применении вариантной эндоскопической мини-доступной хирургии в лечении больных с некротическими формами панкреатита вызвал громадный интерес среди большого числа присутствующих практикующих хирургов.

Аплодисментами был отмечен доклад группы военно-полевых хирургов во главе с профессором В.В. Юркевичем (Томск) по использованию микрохиру-

ргической технологии в лечении больных с остеомиелитом костей стопы.

Два доклада профессора А.А. Лойта (С.-Петербург) по компьютерной модели верхнего этажа живота и компьютерной модели женского таза для хирургии и онкологии были просто великолепны.

7 октября 2004 года на пресс-конференции для СМИ Федерального Сибирского округа профессор И.Д.

Кирпатовский высоко оценил интеллектуальный потенциал г. Томска, обратив особое внимание на ТНЦ СО РАМН. Его почти двухчасовая беседа с председателем Президиума ТНЦ СО РАМН академиком Р.С. Карповым произвела огромное впечатление и подарила большую уверенность в том, что научный мир стоит на пороге перелома, который может быть сделан в Сибири.

На Общем собрании в Новосибирске подведены итоги деятельности Сибирского отделения РАМН

23 ноября 2004 года в г. Новосибирске прошла сессия Общего собрания Сибирского отделения РАМН, посвященная 60-летию Российской Академии медицинских наук, которая подвела некоторые итоги деятельности учреждений Отделения в составе Академии и наметила перспективные направления исследований.

С отчетным докладом на 23-ей сессии общего собрания Сибирского отделения выступил председатель Президиума СО РАМН, академик В.А. Труфакин.

В настоящее время в составе Сибирского отделения 22 научно-исследовательских учреждения, расположенных от Тюмени до Владивостока, два филиала — в гг. Кемерово и Владивостоке. В региональных центрах и НИУ СО РАМН организовано 15 филиалов.

В НИУ СО РАМН работает 5875 человек, из них 1383 научных сотрудника, в числе которых 23 академика и 27 членов-корреспондентов РАМН, 326 докторов и 726 кандидатов наук; открыта 21 клиника на 3470 коек, где трудится более 1000 врачей, из них 75% имеют высшую и первую квалификационную категорию.

Научные исследования выявили биохимические, физиологические, морфологические, иммунологические, генетические закономерности жизнедеятельности организма; кроме того, определены патогенетические механизмы развития заболеваний у населения Сибири. Эти особенности объективно связаны с комплексным действием сочетанных факторов окружающей среды на все основные системы организма человека. Разработаны, успешно апробиро-

ваны и широко применяются в клиниках современные технологии профилактики, диагностики и лечения ряда заболеваний взрослых и детей. Только за последние 5 лет разработано 7 новых приборов для исследования и лечения, 8 биопротезов клапанов сердца и кровеносных сосудов; 44 лекарственных средства (налажено серийное производство 7 препаратов); разработано, сертифицировано и выпускается 53 БАД, 5 диетических продуктов с БАД.

Ежегодно в клиниках СО РАМН проходят курс лечения более 50 тысяч пациентов, проводится около 10 тыс. операций, в консультативно-поликлинических отделениях осуществляется более 350 тыс. врачебных посещений. На базах клиник и НИУ СО РАМН функционирует 32 научно-практических, учебно-производственных и учебных центров.

За время существования Отделения опубликовано 727 монографий, 469 сборников научных трудов, около 6000 статей в отечественных журналах и более 1200 в зарубежных. Получено 720 патентов РФ на изобретения и авторских свидетельств. Разработано более 300 методов диагностики и лечения; разработаны и утверждены 162 методических рекомендации и пособия для врачей. Подготовлено 330 докторов наук, 760 кандидатов наук, 935 аспирантов и 1737 клинических ординаторов.

Среди ученых Сибирского отделения 9 лауреатов Государственной премии СССР, 13 лауреатов премии РФ в области науки и техники, 16 лауреатов именных премий РАМН, 10 лауреатов премии Президиума РАМН. Многие ученые награждены орденами и медалями.

Сибирское отделение РАМН тесно сотрудничает с Сибирским и Дальневосточным отделениями РАН (подписаны соглашения о проведении совместных научных исследований, проводятся совместные Сессии Общих собраний, совместные заседания Президиумов), имеет прочные научные контакты с 15 вузами и двумя ГИУВаМИ Минздрава РФ, 13 вузами Министерства образования РФ.

Успешно развиваются и расширяются международные научно-технические связи СО РАМН. НИУ СО РАМН получают финансирование совместных научных исследований от Британского фонда Wellcome Trust, Швейцарского научного фонда, американского фонда Civilian Research & Development Foundation, фонда ООН, фондов Евросоюза (INCO-Copernicus, ТАСИС и INTAS). Принято решение о создании Российско-Корейского центра медицинской науки и образования в г. Новосибирске.

Сессия общего собрания поручила Экспертному совету СО РАМН (председатель — академик РАМН В.И. Коленков) совместно с директорами НИУ сформировать ряд интеграционных проектов СО РАМН в соответствии с критическими технологиями РФ и приоритетными научными направлениями СО РАМН и представить его для конкурса в Президиум СО РАМН.

Президиуму СО РАМН было предложено предусмотреть целевое финансирование интеграционных проектов СО РАМН.

В целом у всех присутствующих, включая многочисленных гостей, работа СО РАМН вызвала большую гордость за сибиряков, за их громадный труд и научные достижения.

Пластическая хирургия — на симпозиуме в Екатеринбурге

23–24 октября 2004 года в г. Екатеринбурге состоялся III Международный симпозиум по актуальным проблемам эстетической хирургии, на который съехалось около 200 пластических хирургов из России, стран СНГ и Балтии.

В рамках симпозиума были организованы лекции, дискуссионные панели и мастер-классы по следующим темам: омолаживающие лифтинговые операции лица и шеи, маммопластика (аугментационная и редукционная), абдоминопластика и контурная пластика тела (бодилифтинг и брахиопластика) и многим другим. Модератором симпозиума выступил известный американский пластический хирург, главный редактор журнала «Эстетическая пластическая хирургия» доктор медицины Томас М. Бигте (г. Хьюстон). Такого мастерского исполнения роли модератора российские пластические хирурги еще не видели.

Открытием для многих стал молодой талантливый пластический хирург из г. Бирмингема (шт. Алабама) доктор медицины Жорж де ла Торре со своими лекциями по эстетической коррекции гравитационногоптоза мягких тканей лица. Великолепные результаты его работы через 10–12 лет после операции вызвали у всех присутствующих восторг!

Появление в зале экс-президента Израильского общества пластических хирургов доктора Майкла Шефлана (г. Тель-Авив) было встречено аплодисментами. Доктор Шефлан завоевал всемирное признание и был награжден в 1999 и 2002 гг. Американским обществом эстетической пластической хирургии как лучший докладчик.



В период работы симпозиума была развернута выставка медицинского и косметологического оборудования и косметических средств. Кроме того, удалось посетить великолепную клинику доктора С.В. Нудельмана — «Центр косметологии и пластической хирургии».

Большую пользу принесли, конечно, приватные встречи с отечественными и зарубежными пластическими хирургами и представителями фирм. Институтом микрохирургии достигнуто соглашение о приобретении специального электрохирургического оборудования у екатеринбургской фирмы «Фотек». Успешными были переговоры с представителем американской фирмы «Ме-

нтор» о проведении в 2005 году в Томске на базе Института микрохирургии российско-итальянского семинара по первичной реконструкции молочной железы в связи с удалением ее по поводу рака. Эту идею поддержал Майкл Шефлан, который выразил большое желание посетить Институт микрохирургии в период проведения российско-итальянского семинара. Вопросы координации были возложены на профессора В.Ф. Байтингера и генерального директора фирмы «Mentor» по Европе, Африке и Австралии мадам Вивьен Брейнихид. Дни проведения этого семинара будут окончательно уточнены в первых числах декабря в Вене.

Гастроэнтерологи собирались в Сочи

3–5 ноября 2004 г. в г. Сочи состоялся первый учредительный съезд Российского общества хирургов-гастроэнтерологов. В работе съезда приняло участие более 200 врачей, занимающихся проблемой хирургического лечения заболеваний органов пищеварения из всех регионов России.

На съезде были рассмотрены вопросы хирургического лечения заболеваний пи-

щевода и кардии. Свои работы представили ведущие хирурги России, занимающиеся проблемой пищевой хирургии.

Председателями правления Российского общества хирургов-гастроэнтерологов (РОХГ) избраны проф. В.И. Оноприев, и член-корр. РАМН А.Ф. Черноусов. Заместителем председателя был избран проф. Г.К. Жерлов.

Кроме того, на съезде был выбран Президиум Правления РОХГ в количестве 15 человек и Правление РОХГ.

По результатам работы съезда было принято решение, которое публикуется ниже:

«Съезд отмечает постоянный рост количества больных с заболеваниями органов пищеварения, что является мировой тенденцией. По прогнозам экспертов ВОЗ, в XXI веке распространенность патологии органов пищеварительной системы займет ведущее место наравне с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Особую озабоченность вызывает тот

факт, что превалирует нарастание числа пациентов с тяжелыми прогрессирующими течениями болезни, приводящими к ранней инвалидизации и смерти.

Положение дел в России вызывает особую озабоченность. В настоящее время распространенность болезней органов пищеварения находится на третьем месте (после заболеваний системы кровообращения и дыхания), но при этом имеется явно выраженная постоянная тенденция опережающего роста: на протяжении 12 лет средний ежегодный прирост составил 316,7 на 100 тыс. человек. Отмечается неизменно высокий уровень инвалидности, смертности и продолжительной временной нетрудоспособности, связанный с болезнями ЖКТ (только в 2002 г. на оплату больничных листов было затрачено более 5 млрд. рублей). Более 60% страдающих заболеваниями органов пищеварения — люди трудоспособного возраста.

Распространенность заболеваний органов пищеварения характеризуется и следующими данными Минздрава РФ (2003 г.): в 2002 г. только стационарное лечение по этому поводу (без учета вирусных гепатитов) прошли более 2,3 млн. пациентов; 37% больных, обращающихся к участковым врачам, составляют люди с заболеваниями органов ЖКТ. Смертность от заболеваний органов пищеварения возросла за 12 лет (к 2002 г.) в 1,4 раза, и в последующее время отмечается ее неуклонный рост.

Приведенные данные не учитывают смертность от новообразований органов пищеварения. А в этой области пищеварительная система уже сегодня является абсолютным лидером: среди всех видов злокачественных новообразований рак органов пищеварительной системы занимает первое место в мире по уровню как заболеваемости, так и смертности. По распространенности рак пищеварительной системы занимает почти треть среди всех видов локализаций, по смертности — больше трети. Российская статистика полной картины не дает, но имеющиеся данные показывают, что в нашей стране «раковый пожар» органов пищеварения намного распространенней и неукротимей. Например, в США смертность от колоректального рака составляет 40%, а в России — 58%. Эпидемиологические показатели рака желудка (сопряженного с инфицированностью *H. pylori*): в России ежегодно выявляется 60 тыс. таких больных, из них умирает более 50 тыс., в США — 22 тыс. и 14 тыс., соответственно. В Краснодарском крае, где заболеваемость раком на 16% выше среднероссийского показателя, при основных

локализациях (ЖКТ) более половины больных не переживают одного года после установления диагноза, что свидетельствует о высокой запущенности процесса. Приведенные данные наглядно показывают, что заболевания органов пищеварения являются для России очень острой медико-социальной проблемой, поднимающейся по значимости до угрозы национальной безопасности и требующей незамедлительного решения.

Съезд констатирует. Существующая сегодня в России система медицинской помощи гастроэнтерологическим больным не способна к адекватному ответу жесточайшему вызову времени — пожарному распространению заболеваемости органов пищеварения, нарастающей инвалидизации и смертности по их причине.

Коллегия Минздрава РФ, посвященная этим вопросам (февраль 2004 г.), выявила ряд причин и сформулировала некоторые задачи к решению. Отмечалось отсутствие скрининговых программ, явно недостаточная оснащенность техническими средствами, а то и полное их отсутствие, для обследования и лечения гастроэнтерологических больных. «Особую тревогу, — записано в Решении коллегии МЗ, — вызывает низкая частота выявления злокачественных опухолей пищеварительной системы на доинвазивной стадии, когда лечение наиболее эффективно. Это обусловлено, прежде всего, низким качеством диагностики заболеваний органов пищеварительной системы вследствие недостаточной квалификации врачей и дефицита современного диагностического оборудования».

Речь идет о необходимости повышения квалификации врача-гастроэнтеролога (специальность введена Минздравом СССР в 1970 г.) в соответствии с достижениями науки в области ультразвуковой и эндоскопической диагностики, биопсии и т.д. Ставится вопрос о необходимости базисных знаний в области гастроэнтерологии у врачей общей практики, у участковых терапевтов, то есть все внимание уделяется диагностике и терапии. Участники Съезда, полностью разделяя и поддерживая выводы и решения указанной коллегии, более того, отмечая определенные успехи в названных областях, считают большим упущением исключение из комплекса проблем, связанных с совершенствованием медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения хирургической гастроэнтерологии. Это лишь отражение давно принятой концепции, не признающей хирургическую гастроэнтерологию самостоятельной глубоко специализиро-

ванной отраслью медицины (до сих пор в России официально не существует специальности «хирург-гастроэнтеролог») и не рассматривающий ее равноправным участником борьбы со все нарастающими гастроэнтерологическими заболеваниями (в том числе онкогастроэнтерологии) с самых начальных этапов скрининга и диагностики.

Применяемые в РЦФХГ технологии прогнозирования и профилактики послеоперационных осложнений позволяют свести к минимуму количество послеоперационных осложнений, максимально сократить продолжительность и стоимость послеоперационной интенсивной терапии.

Как показывают расчеты экономической эффективности, применение технологий хирургического лечения осложненных предраковых заболеваний органов пищеварительной системы, разработанных в РЦФХГ, снижает потребность в повторных оперативных вмешательствах от 1,68 до 61 раза (в среднем в 29,8 раз), а при ряде заболеваний их полностью исключает.

Кроме того, в связи с отличными и хорошими отдаленными функциональными результатами и высоким качеством жизни больных после оперативного лечения по идеальным технологиям РЦФХГ резко (в десятки раз) уменьшается потребность в послеоперационном консервативном стационарном и амбулаторном лечении при большинстве рассматриваемых заболеваний. Это в совокупности с существенно меньшими затратами на консервативное лечение и повторные операции в случае их необходимости обуславливает выраженную экономическую эффективность высоких технологий хирургического лечения заболеваний пищеварительной системы и является одним из важнейших составляющих многолетнего предотвращенного прямого экономического ущерба.

Отсроченный (в течение 5 лет) выход на инвалидность в результате применения технологий хирургического лечения осложненных форм заболеваний пищеварительной системы, разработанных в РЦФХГ, снижается в зависимости от патологии от 1,3 до 40,0 раз (в среднем в 21,3 раза).

Таким образом, выраженное снижение расходов в связи со стойкой утратой трудоспособности является другой важнейшей составляющей высокого экономического эффекта и многолетнего предотвращенного экономического ущерба в результате развития высоких технологий хирургического лечения заболеваний пищеварительной системы.

О трудовых пенсиях

Постановление Конституционного суда РФ от 03.06.2004г. № 11-п, г. Москва, с комментариями.

По делу о проверке конституционности положений подпунктов 10, 11, 12, п.п. 1 статьи 28, пунктов 1 и 2 статьи 31 ФЗ «О трудовых пенсиях в РФ», в связи с запросами Государственных Дум, Верховных судов многих Субъектов Федерации, а также жалобами ряда граждан.

Ввиду того, что все обращения касаются одного и того же предмета, Конституционный суд РФ соединил дела по этим обращениям в одном производстве.

По мнению заявителей, положения 10 и 11 пункта 1 статьи 28 ФЗ «О трудовых пенсиях в РФ» противоречат Конституции РФ, поскольку связывают право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости с педагогической или лечебной деятельностью лишь в государственных и муниципальных учреждениях для детей и учреждениях здравоохранения. Как указывается в обращениях, условия и характер труда после преобразования государственных предприятий и объединений, в структуру которых они входили, в акционерные общества не претерпели каких-либо существенных изменений; кроме того, до вступления в силу ФЗ «О трудовых пенсиях в РФ» педагогические, медицинские, творческие работники независимо от того, в каком учреждении — государственном, муниципальном или частном — они работали, имели право на получение пенсии ранее достижения общего пенсионного возраста: им устанавливалась пен-

сия за выслугу лет. Положения ФЗ лишают граждан ранее приобретенных пенсионных прав, и следовательно, нарушают требования Конституции РФ. Согласно Конституции РФ, каждый гражданин имеет право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд; каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца и в иных случаях. Важнейшим элементом социального обеспечения является пенсионное обеспечение. Государственные пенсии устанавливаются законом в соответствии с соблюдением Конституции РФ, в том числе вытекающих из принципа равенства, что в данном случае было нарушено. Так, как изначально предполагалось, что при принятии нового пенсионного законодательства в рамках проводимой пенсионной реформы эти принципы будут соблюдены, и в Постановлениях Правительства РФ от 22.09.1999г. № 1066 и № 1067 содержалось поручение Министерству труда и Социального развития РФ, Министерству здравоохранения РФ, Министерству образования РФ по согласованию с Пенсионным фондом в 3-месячный срок подготовить и внести в Правительство РФ предложения о системе пенсионного обеспечения за выслугу лет работников здравоохранения, школ и др., не являющихся государственными или муниципальными. Однако это поручение не было реализовано.

Исходя из вышеизложенного и руководствуясь частями первой и второй ст.

71,71,74,75,79,87 и 100 ФКЗ «О Конституционном суде РФ», Конституционный Суд РФ постановил:

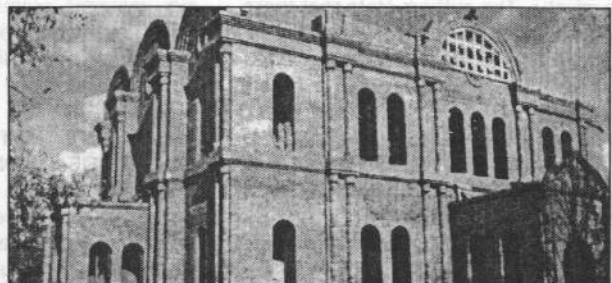
Признать не соответствующими Конституции РФ, ее статьям 19 (части 1 и 2), 39 (части 1 и 2) взаимосвязанные нормативные положения подпунктов 10,11,12 пункта 1 ст.28 и пунктов 1 и 2 ст.31 ФЗ «О трудовых пенсиях в РФ», устанавливающие для лиц, осуществляющих педагогическую деятельность в учреждениях для детей, лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения... в качестве условия назначения трудовой пенсии по старости ранее достижения пенсионного возраста осуществление этой деятельности в соответствующих государственных или муниципальных учреждениях, в той мере, в какой в системе действующего правового регулирования пенсионного обеспечения данные положения не позволяют засчитывать в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, занимавшимся педагогической деятельностью, лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, периоды осуществления ими этой деятельности в учреждениях, не являющихся государственными или муниципальными, которые включались в соответствующий стаж ранее действовавшим законодательством, при том, что законодательное регулирование порядка сохранения и реализации пенсионных прав, уже приобретенных указанными лицами в результате длительной профессиональной деятельности, до настоящего времени отсутствует.

Ваше боголюбие!

15 января 2003 года произошел трагический случай в Троицкой Церкви г. Бугуруслана. От сварочных работ загорелся храм. Несмотря на все приложенные усилия, спасти храм не удалось. Он сгорел до основания вместе с иконами и церковной утварью.

В настоящее время вместо сгоревшей церкви строится новый собор, в цокольной части которого уже выстроен нижний храм. Поднят первый этаж, завершаются работы по строительству второго этажа собора. Сейчас у нас трудное время: нет средств на возведение крыши и завершения всего строительства Дома Божьего.

Обращаемся к вашему милосердию: просим вас принять участие в деле строительства Троицкого собора, выступить в качестве наших спонсоров и оказать безвозмездную финансовую помощь.



Со слезами благодарят вас за ваше благое деяние все прихожане Свято-Троицкой Церкви, клир и причет Церковный.

С уважением к вам, настоятель прихода протоиерей Владимир Усынин

Summaries

DIAPHRAGMOCRURORRAPHY AND CHIATOPLASTY IN AXIAL HIATAL HERNI-AS WHICH ARE FOLLOWED BY GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

V.I. Oskretkov, V.A. Gankov, A.G. Klimov

Using large clinical material, the authors demonstrate that the diaphragmocrurorraphy is not a necessary procedure in patients having hiatal hernia with symptoms of gastroesophageal reflux disease. Adequate degree of constraining of abdominal part of esophagus with fundoplication cuff and its extent are of main significance.

SURGICAL TREATMENT RESULTS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE PATIENTS

V.I. Onopriev, V.M. Dourleshter, A.Ja. Gouchet', .S. Klitinskaja, T.M. Semenikhina, V.V. Rjabchoun

Results of less invasive and surgical intervention in hiatal hernia and gastroesophageal disease (non-reflux laparoscopy surgery) in 96 patients are given: laparoscopy fundoplication modified by Toupet, laparoscopy fundoplication with forming additional locking mechanism in the area of esophageal-gastric junction (modified by G.K. Zherlov clinics). Functional follow-up investigations' data of lower esophageal sphincter objectively demonstrated advantages of non-reflux laparoscopy surgery based upon G.K. Zherlov clinics method.

MODERN SURGICAL TECHNOLOGIES OF CREATING NON-REFLUX CARDIA IN DIFFERENT ESOPHAGEAL ACHALASIA TYPES

V.I. Onopriev, V.M. Dourleshter, V.V. Rjabchoun, I.S. Klitinskaja

Surgical treatment results of 65 patients having esophageal achalasia using original techniques: longitudinal extramucous myotomy of esophageal-gastric junction with dilating esophago-cardio-fungoplasty and preserved vagal gastric innervation, extirpation of esophageal mucous-submucous layer with its substitution by the left half of the colon, radical segmental esophago-cardio-plasty. The authors state that these surgeries allowed to gain absence of mortality, to decrease postoperative complications to 0.3 % and to receive favorable functional results.

EXPERIMENTAL DESIGN OF METHOD TO FORM INCREASED PRESSURE ZONE IN THE AREA OF "INCOMPETENT" LOWER ESOPHAGEAL SPHINCTER

G.K. Zherlov, V.E. Gjunter, S.V. Kozlov, Ju.M. Paderov, R.S. Karas'

The authors developed experimentally original method of non-reflux surgery with modeling artificial lower esophageal sphincter using spiral-like continuous goffering suture of super-thin (80 mkm) and super-elastic filament from titanium nickelide having form memory. The authors state that this method may to be recommended for applying in clinics.

SURGICAL TREATMENT RESULTS OF PATIENTS HAVING GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

G.K. Zherlov, V.E. Gjunter, S.P. Sin'ko, R.S. Karas'

The article presents results of surgical treatment based upon V.I. Onopriev method in 34 patients having gastroesophageal reflux disease. The method of forming artificial cardia has led to normal functional status of esophagus in all operated on patients having gastroesophageal reflux disease.

ORGAN-PRESERVING SURGICAL TECHNIQUES OF TREATING PEPTIC ULCER OF THE STOMACH

V.I. Onopriev, O.S. Tokarenko, I.B. Ouarov

Comparative study of surgical treatment of peptic ulcer of the stomach was performed. The best follow-up results were obtained while using complex surgical technique – radical gastropasty (compared to medial resection of the stomach with preserved antral innervation and blood supply).

ON THE ISSUE OF RADICAL SURGERY IN PATIENTS FOLLOWING TAKEN IN PERFORATIVE GASTRODUODENAL ULCERS

G.K. Zherlov, A.P. Koshel', A.V. Axenenko, Ju.D. Ermolaev, S.A. Sokolov, R.S. Lobachev, A.S. Medvedev

Based upon the authors' data, the most frequent complication of peptic ulcer in the follow-up period were stenosis and penetration as well as their combination with other complications. Authors consider to be adequate those surgeries in patients with taken in perforative ulcers which preserve transduodenal passage of meal.

ROENTGENOLOGIC ASSESSMENT OF DUODENAL CICATRICAL-ULCEROUS DEFORMATIONS CHARACTER IN DEFINING INDICATIONS FOR DUODENOPLASTY

V.V. Vassilenko, B.V. Shagal, B.Ju. Shomakhova, N.V. Klepikova, S.R. Genrikh

Detailed roentgenologic study of duodenal cicatrerial-ulcerous deformations aimed at defining indication for radical duodenoplasty was performed. Using additional views during dynamic examination allows to study roentgen-anatomy of the duodenum in subcompensated stenosis in 98% of cases and in decompensated one in 37% of cases.

SELECTION OF DUODENAL ULCER TREATMENT METHOD BASED UPON QUALITY OF LIFE INVESTIGATION

G.K. Zherlov, S.P. Sin'ko

The authors studied influence of pylorus-modelling techniques of surgical treatment of duodenal peptic ulcer on the quality of life of operated on patients (questionnaires SF-36 and GIQLI). Most indices of the questionnaires revealed that quality of life in the follow-up period after the surgery did not differ from that of healthy subjects.

BASES AND CLINICAL-PHYSIOLOGIC ASSESSMENT OF RECONSTRUCTIVE SURGERIES METHODS IN PATIENTS HAVING POSTGASTRORESECTION DISORDERS

V.I. Onopriev, S.R. Genrikh, E.N. Borzdykh

Since 1997, the authors use original reconstructive surgeries for postgastroresection disorders which developed following primary gastric resection. The authors state that creating non-reflux cardia and terminal-ansate gastroenteroanastomosis as well as including of the duodenum into passage are main reconstructive moments of post-gastroresection motor-evacuator disorders of gastrointestinal tract.

ON RECONSTRUCTIVE JEJUNOGASTROPLASTY IN THE TREATMENT OF OPERATED ON STOMACH

G.K. Zherlov, A.P. Koshel', V.V. Nesterov, V.M. Vorobjev

The paper presents experience of using original technique of surgical treatment of "operated on stomach disease": reduodenization with forming artificial stomach. This surgery provides full disappearing or significant decrease of "operated on stomach disease" symptoms.

THE ROLE OF PALLIATIVE SURGERIES IN THE TREATMENT OF WIDESPREAD FORMS OF GASTRIC CANCER

G.K. Zherlov, V.V. Karaseva, E.B. Mironova, O.V. Zharkova, O.D. Kadnikova

Treatment efficacy of 59 patients having widespread cancer forms was studied. The authors demonstrate advantages of complex treatment method which includes palliative surgeries followed by combined chemotherapy.

CURRENT METHODS OF ENDOSCOPY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PRE-CANCER CHANGES AND GASTRIC CANCER

G.K. Zherlov, N.S. Roudaja, E.I. Maevski

The authors are analyzing unique possibilities of endoscopic ultrasonography in the combined differential diagnosis of pre-cancer and gastric cancer.

INTERSPHINCTER RESECTION IN THE "LOW" CANCER OF THE RECTUM

G.K. Zherlov, S.R. Bashirov, I.V. Pankratov

Experience of surgical treatment of exofit malignant tumors of lower ampular department of the rectum using inter-sphincter resection with bringing down the colon and forming spherical reservoir from three intestinal loops participating in the forming of one inter-intestine anastomosis with smooth muscle constrictor –cuff is presented in the paper. Rather favorable oncologic and functional results are received.

METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS OF RECURRENT AND COMPLEX TYPES

V.I. Onopriev, S.R. Genrikh, N.F. Poma-zanova

Surgical treatment results of inguinal hernias of recurrent and complex types are analyzed. Hernioplasty of the inguinal canal posterior wall with the sewed in "filamental" framework-ligament allows to heal patients having large inguinal hernias and prevent recurrences occurring.

С юбилеем!



МИНИСТЕРСТВО СВЯЗИ СССР

ПРАВИТЕЛЬСТВЕННАЯ ТЕЛЕГРАММА

Уважаемый Владимир Федорович, поздравляю с 10-летием томской школы микрохирургии. За столь небольшой срок Вам удалось сделать очень многое, добиться международного признания. Благодаря Вам многие люди смогли вернуться к нормальной жизни, а Вы сами смогли доказать, что и не государственные медицинские учреждения могут работать и выживать в новых экономических условиях. Именно томичам удалось создать первый и, пожалуй, лучший в России научно-исследовательский институт микрохирургии, на счету которого сотни успешных операций, многочисленные награды и выигранные гранты, признание коллег — ведущих микрохирургов мира. Особой благодарности заслуживает Ваша благотвори-

тельная деятельность: именно в Томск прибыла международная миссия «Операция «Улыбка». В течение двух лет совместно с иностранными коллегами Вы возвращали радость на лица ребят с челюстно-лицевыми дефектами, сотни мальчишек и девочек благодаря Вам научились улыбаться. Вы всегда полны творческих замыслов, не боитесь заявлять о своих амбициях и умеете добиваться целей, кажущихся невыполнимыми. Успехов Вам, счастья и благополучия Вашей семье, благодарности пациентов.

С уважением,
депутат Государственной думы РФ
Владимир Жидких.
10 октября 2004 г.

Основной целью Института является проведение клинических и фундаментальных исследований в области реконструктивной и пластической микрохирургии для улучшения качества жизни граждан, получивших травму, страдающих хроническим заболеванием или пороком развития.



ИНСТИТУТ МИКРОХИРУРГИИ



ПРЕДМЕТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

- Процессы реваскуляризации и реиннервации зоны размещения трансплантатов различного происхождения
- Процессы эволюции композиций из тканей организма и материалов имплантата

ПРЕДМЕТ ПРИКЛАДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И РАЗРАБОТОК:

- Вопросы кровоснабжения свободных и несвободных аутотрансплантатов в разделах пластической хирургии
- Вопросы реиннервации аутотрансплантатов
- Состояние гомеостаза в аутотрансплантатах
- Разработка показаний для применения микрохирургических технологий
- Разработка новых методов хирургического вмешательства при сосудистых, эндокринных заболеваниях, травмах и их последствиях с применением микрохирургических технологий
- Телемедицинские программы (дистанционная диагностика, консультация, организация лечения, проведение телеконференций, дистанционная переподготовка врачей)
- Автоматизация обработки и хранения оперативной информации в клинике
- Компьютерное моделирование операций