

пациентов этих групп до и после лечения. Так, у пациентов с низким уровнем инсулина содержание глюкозы в крови до лечения имело тенденцию к повышению от $4,6 \pm 0,2$ ммоль/л до $5,1 \pm 0,1$ ммоль/л после лечения ($p > 0,05$); со средним уровнем инсулина: до лечения – $4,7 \pm 0,1$ ммоль/л, после лечения – $4,8 \pm 0,1$ ммоль/л ($p > 0,05$); с высоким исходным уровнем инсулина: до лечения – $4,9 \pm 0,1$ ммоль/л, после лечения – $4,9 \pm 0,1$ ммоль/л ($p > 0,05$).

Заключение. Таким образом, определение иммунореактивного инсулина в крови у детей с гастродуоденальной патологией является достаточно чувствительным тестом, позволяющим диагностировать нарушение инкреторной функции поджелудочной железы. Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии лечения на инкреторную функцию поджелудочной железы у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. У пациентов с исходно низким и средним содержанием иммунореактивного инсулина отмечается повышение его в крови до нормального уровня, а при исходно высоком содержании данного гормона в крови наблюдается его снижение, но не до нормальных величин. Отсутствие полного восстановления содержания иммунореактивного инсулина в крови у детей с гастродуоденальной патологией и исходной гиперинсулинемией требует особого внимания.

Литература:

1. Байгот, С.И. Содержание инсулина и глюкозы в сыворотке крови у детей с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта / С.И. Байгот // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: материалы XV Юбилейного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ, 2008. – С. 140-142.
2. Баранов, А.А. Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии / А.А. Баранов, П.Л. Щербаков // Вопросы современной педиатрии. – 2002 – Т. 1, № 1. – С. 12-14.
3. Булатов, В.П. Состояние поджелудочной железы у детей с гастродуоденальной патологией: учебно-методическое пособие / В.П. Булатов [и др.]. – Казань, 2007. – 47 с.
4. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.1. – 1024 с.

УДК 616.26-007.43-089

ГРЫЖИ ДИАФРАГМЫ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

Батвинков Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Диафрагмальные грыжи возникают при проникновении органов брюшной полости в грудную полость через естественные или искусственно образовавшиеся дефекты диафрагмы. Лечение пациентов с грыжами диафрагмы является нерешенной проблемой в хирургии, что в значительной степени обусловлено относительной редкостью данной патологии. Различают нетравматические и травматические грыжи диафрагмы. Среди нетравматических выделяют грыжи слабых зон диафрагмы и естественных ее

отверстий. К грыжам первой группы относят парастернальные (ретрокостостернальные – Ларрея, Морганьи), ретростернальные и люмбокостальные (Бохдалека). Ко второй группе относятся грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, среди которых выделяют скользящие и параэзофагеальные, которые в свою очередь могут осложняться укорочением пищевода (короткий пищевод). Основными причинами посттравматических грыж диафрагмы были ножевые ранения брюшной и грудной полостей, падение с высоты, ДТП.

Цель исследования: изучение результатов хирургического лечения диафрагмальных грыж.

Материалы и методы. Всего анализу подвергнуты 35 пациентов с различными грыжами диафрагмы, при этом 30 из них были в возрасте до 60 лет. Во всех случаях отмечались ошибочные диагнозы направивших учреждений: рак легкого, целомическая киста перикарда, плеврит, гемоторакс, рефлюкс-эзофагит, инфаркт миокарда и другие, что свидетельствует о недостаточной информированности врачей об указанной патологии. При поступлении пациенты предъявляли жалобы на боль в эпигастрии разной интенсивности, постоянную изжогу, усиливающуюся после приема пищи и в положении лежа. Наблюдалась также отрыжка во время сна, что может привести к попаданию пищевых масс в дыхательные пути с развитием бронхитов и пневмоний. При хронических кровотечениях развивается анемия. Диагностика заболевания основывалась прежде всего на результатах рентгенологического исследования желудка с бариевой взвесью, а фиброгастроскопия позволяла уточнить состояние слизистой желудка и пищевода. В отдельных случаях диагноз устанавливался с помощью КТ или МРТ. В процессе обследования у 18 пациентов диагностирована грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, при этом чаще встречалась скользящая (13). Следует отметить, что причинами расширения пищеводного отверстия диафрагмы являлись подъемы тяжестей, тяжелые виды спорта, хронические запоры, хотя не исключалась и генетическая предрасположенность, связанная с врожденной слабостью соединительной ткани.

Парастернальные грыжи выявлены у 6 пациентов, все они были ретроконостернальные, при этом в двух случаях сочетались с липомами. Локализация была правосторонняя (в области грудино-реберной щели Ларрея), что следовало дифференцировать с целомической кистой перикарда.

У 10 пациентов наблюдались посттравматические грыжи диафрагмы, при этом сроки поступления пациентов колебались от нескольких дней до шести и более лет. В одном случае с момента травмы прошло 40 лет. Оказалось, что в возрасте 5 лет ребенок перенес тяжелую травму в результате ДТП. Оперативное вмешательство не производилось. Через 40 лет пациентка стала отмечать выраженную одышку при ходьбе, что заставило ее обратиться в клинику.

Результаты и их обсуждение. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы хирургическое вмешательство произведено у 18 пациентов.

Основными показаниями к операции являлись: отсутствие эффекта от консервативного лечения, наличие выраженного болевого синдрома, прогрессирование анемии, тяжелый рефлюкс-эзофагит, субтотальная (тотальная) желудочная грыжа, а также параэзофагеальные грыжи. Во время хирургического вмешательства производилось сшивание ножек диафрагмы (крурорафия) с последующей эзофагофундопликацией, методика которой была разной. Первоначально применялся способ Ниссена, при котором дно желудка заворачивается вокруг абдоминального отдела пищевода и сшивается с ним. В последнее время предпочтение отдается эзофагофундоплекции по Дору или Тупе. Восстановление анатомических взаимоотношений при скользящей грыже приводит к излечению рефлюкс-эзофагита. Особую сложность для лечения представляют скользящие грыжи, сопровождающиеся укорочением пищевода, что мы наблюдали у одной пациентки, 58 лет. В этом случае клиника заболевания выражалась в приступах острых болей за грудиной и в эпигастральной области на фоне прогрессирующего истощения и развития анемии. При обследовании была выявлена большая скользящая грыжа с наличием короткого пищевода. Интраоперационно установлено, что проксимальный отдел желудка находится в средостении, пищеводное отверстие диафрагмы расширено до 8 см. Выявлено укорочение пищевода, абдоминальный отдел которого отсутствует, кардия располагается в пределах 4 см над диафрагмой. В этом случае было использовано предложение Н.Н. Каншина, которое заключается в формировании антирефлюксной манжеты вокруг смоделированной по диаметру пищевода кардиальной части желудка. После указанной операции наступило выздоровление, пациентка приступила к прежней работе.

При парастеральных грыжах использовались как торакотомный доступ, так и лапаротомный, что зависело от клинической ситуации. У пациентки, 35 лет, по специальности врач, в правой плевральной полости находилась почти вся тонкая кишка, поперечная ободочная, большой сальник с прочными сращениями, что потребовало торакотомии, во время которой указанные органы были низведены в брюшную полость и выполнена пластика диафрагмы. Примером лапаротомного доступа является операция у пациентки 89 лет, у которой парастеральная грыжа Морганьи осложнилась полной непроходимостью желудка. В этом случае после разущемления желудка и поперечной ободочной кишки выполнена пластика грыжевых ворот путем подшивания П-образными швами диафрагмы к задней стенке влагалища прямых мышц живота и надхрящнице ребер.

Среди пациентов с посттравматическими диафрагмальными грыжами особый интерес представляла пациентка, которая в пятилетнем возрасте перенесла разрыв диафрагмы, оперирована же через 40 лет. Во время торакотомии было установлено, что в левой плевральной полости находятся желудок, тонкая кишка и левая половина толстой при полном отсутствии диафрагмы. После низведения указанных органов в брюшную полость выполнена пластика диафрагмы комбинированным способом с хорошим

ближайшим и отделенным результатами. В остальных случаях при посттравматических грыжах диафрагмы также применялся торакотомный доступ.

При врожденных диафрагмальных грыжах, что наблюдалось у пациента 16 лет, выполнить пластику диафрагмы не представилось возможным из-за высокого врожденного расположения корня брыжейки тонкой кишки.

В послеоперационном периоде серьезных осложнений не было, все пациенты выписаны с выздоровлением.

Выводы:

1. Грыжи диафрагмы – относительно редкая патология, при которой отмечается недостаточная информированность врачей, что приводит к поздней диагностике данного заболевания.

2. Хирургические вмешательства при диафрагмальных грыжах целесообразно выполнять в специализированных лечебных учреждениях.

УДК: 616.33-006-089

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СМЕСИ «БЕЛЛАКТ ОПТИМУМ 3» ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Божко Г. Г.¹, Божко Е.Н.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

УЗ «Городская клиническая больница №4», Гродно, Беларусь

Введение. Питание – неотъемлемый компонент лечения. Разработка вопросов лечебного питания – важное звено в комплексе лечебных мероприятий онкологических пациентов. Адекватное питание и коррекция метаболических нарушений после хирургического вмешательства совершенно необходимы. Онкологические пациенты сталкиваются с проблемой невозможности приёма достаточного объёма пищи, соответствующих питательным потребностям организма. Дефицит жиров, белков, углеводов, витаминов, минералов – нутритивная недостаточность – отмечается у подавляющего числа пациентов со злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта (70–80%) [1].

Наиболее значимой причиной развития нутритивной недостаточности является продукция опухолью биологически активных веществ, что приводит к ускорению метаболических процессов с потреблением огромного количества энергии. На этом фоне отмечается стойкое снижение аппетита, что в свою очередь приводит к алиментарной недостаточности. Лечебное питание может осуществляться естественным или искусственным путём. К