



СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Репозиторий Павлодарской областной универсальной научной библиотеки им. А.Д. Чокана

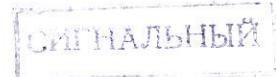
Получено 19.02.2009г

УЗ "Брестская областная
больница"

311893



61(063)
С 568



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРЕСТСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Материалы юбилейной научно-практической конференции,
посвященной 65-летию Брестской областной больницы

г. Брест, 30 января 2009 года

Брест
"Альтернатива"
2009

ПОЛЫНСКИЙ А.А., ЦИЛИНДЗЬ И.Т., МИЛЕШКО М.И.,
ПАКУЛЬНЕВИЧ Ю.Ф., КОЛЕШКО С.В., ХИЛЬМОНЧИК И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно

УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ

Заболевания кардиоэзофагеальной локализации, осложненные кровотечением, обладают повышенной сложностью, как в диагностическом плане, так и для хирургического лечения. Сложность проблемы кровотечений из варикозных вен кардиоэзофагеальной зоны начинается с дифференциальной диагностики заболевания. Одним из наиболее сложных и нерешенных вопросов частной хирургии считаются кровотечения из варикозных вен пищевода и кардии, которые являются одной из основных причин смерти (25–72%) больных с синдромом портальной гипертензии.

Достижения смежных наук и улучшение специализированной медицинской помощи в последние годы позволили значительно повысить качество обследования больных с синдромом портальной гипертензии. Общепринятой и обязательной в этом плане является фиброзэзофагогастроскопия, позволяющая получить важную информацию о состоянии пищевода и желудка, степени развития варикозного расширения вен (ВРВ), наличии кровотечения, его интенсивности, выраженности рефлюксной болезни.

В классификации K.G. Paquet (1983) выделяют 4 степени увеличения ВРВ пищевода:

1. Единичные эктазии вен (видны эндоскопически, но рентгенологически не определяются).
2. Единичные, хорошо ограниченные стволы вен, преимущественно в нижней трети пищевода, которые при инсуфляции воздуха остаются отчетливо выраженным. Нет сужения просвета пищевода и нет истончения эпителия на венах.
3. Отчетливое сужение пищевода стволами варикозно расширенных вен в нижней и средней части пищевода, которые частично уменьшаются при сильной инсуфляции воздуха. На верхушках варикозно расширенных вен появляются единичные красные маркеры.
4. Пищевод полностью выполнен варикозными узлами, даже при сильной инсуфляции воздуха. Эпителий над ними истончен. На верхушках вариксов определяются множественные эрозии и/или ангиоэкстазии.

Вместе с тем, масштабные эпидемиологические исследования, проведенные в странах Западной Европы, Северной Америки и некото-

рых крупных городах России, указывают на наличие симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни практически у 30–40% населения этих стран, причем до 25% обследованных нуждаются в постоянном медицинском, а 15% – исключительно в хирургическом лечении.

В этой связи представляет интерес изучить влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на течение портальной гипертензии, осложненной варикозным расширением вен пищевода и желудка, проследить особенность эндоскопической картины возможного воздействия портальной гипертензии на течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Клинические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни весьма разнообразны, чаще всего они ассоциируются исключительно с симптомами рефлюкс-эзофагита или грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Наиболее часто проявляются изжогой, болями за грудиной и в эпигастральной области, наличием отрыжки воздухом или желудочным содержимым, дисфагиями. Реже наблюдается ларингеальная симптоматика в виде осипости голоса, появление кашля после приема пищи, наклонов вперед и в горизонтальном положении, периодической икоте, гиперсаливации, возникновении астматических состояний. Осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни по данным литературы встречаются в 30–40% случаев болезни, наиболее частыми являются пептический эрозивно-язвенный эзофагит (2–7%), структуры пищевода (4–20%), вторичный пищевод Барретта (8–20%), грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (50%).

Основные эндоскопические признаки неосложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – рефлюкс-эзофагит различной степени выраженности и скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Наиболее часто в практической хирургии в настоящее время степень выраженности рефлюкс-эзофагита определяется по классификации M. Savary и G. Millera (1978): Согласно данной классификации:

I степень рефлюкс-эзофагита линейное поражение – диффузная или очаговая гиперемия слизистой оболочки дистального отдела пищевода, отдельные эрозии с желтоватым основанием и красными краями, линейные афтозные эрозии распространяющиеся вверх от кардии или пищеводного отверстия диафрагмы;

II степень – слияное поражение – сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой эрозии;

III степень – циркулярное поражение – воспалительные и эрозивные изменения сливаются и захватывают всю окружность пищевода;

IV степень – стенозирующее поражение, подобно предыдущей степени, но имеются осложнения: сужение просвета пищевода, язвы, пищевод Барретта.

По мнению многих исследователей, у значительного числа больных, страдающих грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, ведущим

симптомом является тяжелое или скрытое кровотечение с вторичной анемией. Причиной кровотечения у больных с грыжей этой локализации могут быть: эрозивный гастрит, язва желудка, расширенные вены пищевода. Однако другие авторы считают, что наиболее часто кровотечение возникает вследствие диапедеза (Н.Н. Каншин, 1965). Автор наблюдал у таких больных при эзофагоскопии выраженную кровоточивость отечной и инфильтрированной слизистой оболочки пищевода, изъязвлений на которой не было. Главной причиной кровотечения при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, полагает автор, является превенозный застой в наддиафрагмальной части желудка, которая переносит сдавление в области грыжевого отверстия. Большую роль в возникновении кровотечения играют нервно-рефлекторные факторы, обусловливающие развитие дистрофических процессов в венах и слизистой оболочке пищевода и желудка.

В ряде случаев диагностика желудочного кровотечения у таких больных оказывается непростой. При массивной кровопотере расширенные вены часто спадаются и становятся для эндоскописта незаметными, особенно на фоне часто встречающегося при этом эрозивно-язвенного рефлюкс-эзофагита на почве недостаточности запирательной функции кардиального жома или скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, кроме этого рефлюкс-эзофагит сам по себе может быть причиной пищеводного кровотечения.

Проведен анализ встречаемости сочетания гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с синдромом портальной гипертензии.

С 2002 г. по 2007 г. в центре гастродуоденальных кровотечений клиники общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» лечилось 285 больных с синдромом портальной гипертензии осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. По полу и возрасту больные распределились следующим образом: женщин было 68 (24%), мужчин – 217 (76%), в возрасте от 21 до 40 лет было 108 (38%) больных, от 41 до 60 лет – 140 (49%) и старше 60 лет – 37 (13%).

Установлено, что у 50% больных с синдромом портальной гипертензии, осложненной варикозным расширением вен пищевода, имело место наличие эндоскопических признаков проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, при этом нами отмечено, что при I и II степенях варикозного расширения вен пищевода эндоскопические признаки рефлюкс-эзофагита диагностировались с высокой степенью достоверности, что подтверждалось и гистологически. У больных с варикозным расширением вен пищевода III и IV степени, особенно после эпизодов кровотечения, эндоскопические признаки рефлюксной болезни практически утрачивались. При этом определялась эндоскопическая картина, характерная для варикозно расширенных вен III и

IV степени – пищевод полностью выполнен стволами варикозно-расширенных вен, слизистая его крайне истощена, дистрофична, на верхушках стволов имело место обилие вариксов.

Таким образом, существует большое число заболеваний, которые могут обусловить желудочно-кишечное кровотечение. Многие из них сами по себе встречаются редко, диагностика этих заболеваний может представлять значительные трудности и требует от хирурга большого клинического опыта.

Сложным и нерешенным вопросом остается и выбор метода лечения больных портальной гипертензией, осложненной острым кровотечением из варикозных вен пищеводно-кардиальной зоны, в том числе и при сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Можно полагать, что совершенствование диагностики, использование эндоскопии с целью лечения в ранние сроки развития процесса, применение широкого комплекса лечебных средств и методов будут способствовать улучшению результатов лечения этого тяжелого сочетания болезней, быстро прогрессирующих, угрожающих жизни пациентов и трудно поддающихся лечению.

Литература:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение / С.С. Стебунов [и др.] // Медицинские новости / 2006. – № 8. – С. 43–51.
2. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А.С. Балалыкин // М.: ИМА-пресс. – 1996.
3. Терапевт, архив / А.В. Калинина // 1996. – № 8. – С. 71–75.

РАДИЕВСКИЙ И.Л.

УЗ «Брестская областная больница», г. Брест

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Целью работы было изучение результатов использования лапароскопической герниопластики за 2007–2008 годы. Изучены интраoperative и послеоперационные осложнения, показатели качества жизни больных, сроки трудовой реабилитации.

Всего оперировано 123 пациента с паховыми грыжами, из них у 34 выполнена лапароскопическая герниопластика, что составляет 22%. Возраст больных колебался от 19 до 65 лет. Лиц мужского пола было 31, женского – 3. Косых паховых грыж было 27, прямых – 7. Из общего числа грыж пахово-мошоночных было 4, двухсторонних – 2, рецидивных – 2. Все больные прооперированы под общим обезболиванием с искусствен-

ной вентиляцией легких. Для устранения грыжи всем больным использовалась лапароскопическая трансабдоминальная преперitoneальная герниопластика с применением синтетических сетчатых трансплантантов SURGIPRO MECH и герниостеплеров фирмы AUTO SUTURE COMPANY.

Время оперативного вмешательства составило от 20 до 70 минут (в среднем 40 минут). Средняя длительность стационарного лечения составила 5,2+2,3 дня (при открытой герниопластике 7,3+3,4 дня) с рекомендациями при выписке ограничения физической нагрузки до 5 суток (при открытой – 3–6 месяцев). Обезболивание в послеоперационном периоде проводилось ненаркотическими анальгетиками в инъекционной форме по желанию больного (при открытой герниопластике обязательное назначение наркотических анальгетиков). Все больные, перенесшие эндоскопическую герниопластику, через 4–6 часов после операции переводились на активный двигательный режим.

Все больные прослежены от 1 месяца до 2-х лет. Рецидива грыж не выявлено, при открытой герниопластике частота рецидивов 14–18%. Интра- и послеоперационные осложнения возникли у 4 (11%) больных. Повреждение нижних эпигастральных сосудов наступило в 2 случаях. При анализе данного осложнения выявлено, что введение 12 мм троакара проводилось слишком медиально, что и послужило поводом для ранения a. epigastrica inferior. Кровотечение остановлено прошиванием сосуда из миниразреза кожной раны. Невралгия кожных ветвей бедренного нерва возникла у 1 больного, водянка оставленной части грыжевого мешка у 1 больного.

При применении эндоскопических методов лечения больных с паховыми грыжами наблюдается экономическая и социальная эффективность. Снижается уровень рецидивов грыж, более легкое течение послеоперационного периода, снижение сроков пребывания больных в стационаре, существенное сокращение сроков временной нетрудоспособности.

СМОТРИН С.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Развитие инфекции в хирургических ранах продолжает оставаться одним из серьезных осложнений, которые могут быть у больных, перенесших операцию. Непроходящий интерес к этой проблеме объ-