

слева. По срединной линии мышца располагалась в 4 случаях и лишь в 1 случае «посередине-справа» от срединной линии шеи.

Выводы. 1. При комплексной оценке линейных параметров подподъязычных мышц обнаружено: толщина грудино-подъязычной мышцы больше, чем у других мышц. При этом ее ширина увеличивалась сверху вниз.

2. У мужчин линейные показатели мышц подподъязычной группы больше, чем у женщин. При этом существенной разницы в ширине и толщине правой и левой мышц у лиц обоего пола выявлено не было. Ширина мышц всегда превосходила толщину, что крайне важно учитывать при выполнении оперативного вмешательства. Так, при осуществлении оперативного доступа к трахее, гортани и ЩЖ подподъязычные мышцы (грудино-подъязычная, щитоподъязычная, грудинощитовидные мышцы) предпочтительнее рассекать, нежели раздвигать.

3. С целью предупреждения нарушения целостности мягкого остова шеи при оперативных вмешательствах на шее необходимо крайне осторожно производить манипуляции в области срединной линии на протяжении от подъязычной кости до верхнего края ЩХ. А при срединном доступе предпочтение следует отдавать разрезам вне данного уровня.

Литература

1. Анатомия человека / под. ред. М.Р. Сапина. – М.: Медицина, 1993. – 544 с.
2. Курс оперативной хирургии / под ред. В.Н. Шекуненко. – М.; Л.: Медгиз, 1938. – Т. 2. – 551 с.
3. Лубоцкий Д.Н. Основы топографической анатомии / Д.Н. Лубоцкий. – М.:Медгиз, 1953. – 647 с.
4. Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Г.Е. Островерхов, Ю.М. Бомаш, Д.Н. Лубоцкий. – Курск, 1995. – 719 с.
5. Родина Т.В. Антропометрический метод определения конституционального типа в условиях профилактического осмотра: метод. рекомендации / Т.В. Родина. – Новокузнецк, 1995. – 24 с.

ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ЕС-КЛЕТОК ТОЩЕЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ВРОЖДЕННОЙ ДЕМПИНГПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ

Мармыш Г.Г., Мацюк Я.Р., Милешко М.И., Пакульневич Ю.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет

г. Гродно, Республика Беларусь

Кафедра общей хирургии

Частота демпинг-синдрома после операций на желудке достигает 20–30 %, причем у 5–10 % пациентов заболевание протекает с особой тяжестью, завершаясь инвалидизацией [1].

За последние годы представления о путях и механизмах развития демпинг-синдрома изменились. Около 20 лет назад было обращено внимание на сходство демпинг-синдрома с карциноидным синдромом, который вызывают гормонально активные опухоли, состоящие из Ес-клеток. При этом заболевании отмечается гиперпродукция серотонина – биогенного амина с индольным основанием. Известно, что около 95 % серотонина в организме синтезируется и содержится в Ес-клетках желудочно-кишечного тракта [2]. Ес-клетки – самый распространенный класс эндокринных клеток желудочно-кишечного тракта. Они составляют 68–70 % от всех популяций клеток интестинальной АПУД- системы, что убедительно подчеркивает их важную роль, с одной стороны, – в поддержании гомеостаза, а с другой стороны (при гиперпродукции или недостатке гормонов) – в развитии патологических синдромов – апудопатий. Активация гормональных систем пищеварения является универсальной реакцией обеспечения адаптационно-компенсаторных процессов в желудочно-кишечном тракте. Однако при некоторых состояниях (язвенная болезнь, оперативные вмешательства, стресс и др.) может быть переход компенсаторно-приспособительной защитной реакции в реакцию патологическую. По мнению С.Б.Брискина и соавторов (3), демпинг-синдром связан с местной гормональной патологией.

Однако как в отечественной, так и в зарубежной литературе нет четкого ответа на вопрос, почему у одних больных после операций возникают явления демпинг-синдрома, а у других отсутствуют, от чего зависит степень тяжести демпинг-рекции?

В связи с вышеизложенным, представляло интерес изучить морфофункциональное состояние Ес-клеток в начальном отделе тощей кишки больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки с врожденной предрасположенностью к демпинг-синдрому. Эти исследования были проведены у 79 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки с признаками врожденной демпинг-предрасположенности, которым выполнялась первично-реконструктивная резекция желудка по Ру с жомом и спиралевидным клапаном-инвагинатом. При этом признаки демпинг-синдрома легкой степени были выявлены у 17 больных, средней – у 30, тяжелой – у 9. Контрольную группу составили больные язвенной болезнью без признаков врожденной предрасположенности к демпинг-синдрому. Для выявления Ес-клеток гистологические препараты обрабатывали по методу Массона-Гамперля. В препаратах определялись не только количество Ес-клеток (из расчета на 100 ворсинок и 100 крипт), их типологический профиль, но и зависимость последних от степени демпинг-рекции (таблица 1).

Проведенные исследования показали, что Ес-клеток располагались у основания каемчатых эпителиоцитов, отличались полиморфизмом и многие из них находились в близости или даже в контакте с бокаловидными клетками.

Таблица 1 – Морфометрическая характеристика Ес-клеток начального отдела тощей кишки больных с предрасположенностью к демпинг-синдрому (суммарные по 100 ворсинок и 100 крипт)

Количество Ес-клеток (общее)	Дегранулированные Ес-клетки	% от общего	Умеренно дегранулированные	% от общего	Депонированные Ес-клетки	% от общего	Грануляционный индекс
Контроль							
201,8±4,7	40,3±4,6	20	47,4±4,4	24	113,5±7,3	56	237,6±9,6
Легкая степень демпинг-синдрома							
213,2±11,5	37,0±4,8	17	82,2±11,2	39	94,0±12,2	44	241,4±28,9
Средней степени тяжести демпинг-синдром							
224,9±4,4*	74,6±4,6*	33	91,0±5,6*	41	57,5±3,1*	26	206,5±4,2*
Тяжелая степень демпинг-синдрома							
230,0±3,2*	116,3±4,7*	51	90,5±7,3*	39	22,8±3,3*	10	183,1±6,3*

Примечание: * – достоверность по сравнению с контролем.

Представленные в таблице 1 данные свидетельствуют, что у больных с демпинг-реакцией средней и тяжелой степени имеется достоверное увеличение общего числа Ес-клеток в начальном отделе тощей кишки по сравнению с контрольной группой. В прямой зависимости от степени тяжести демпинг-реакции находилась и функциональная активность Ес-клеток: увеличивалось число умеренно и особенно полностью дегранулированных форм при уменьшении, соответственно, числа депонированных, снижался грануляционный индекс.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что у больных язвенной болезнью с врожденной демпинг-предрасположенностью, особенно с тяжелой и средней степенью тяжести, имеет место не только увеличение общей массы Ес-клеток, но и рост их функциональной активности. Этот факт свидетельствует о значимости последних в развитии демпинг-синдрома.

Проведенными морфометрическими исследованиями было впервые установлено, что у больных язвенной болезнью с врожденной демпинг-предрасположенностью имеется наличие выраженного проксимально-дистального градиента плотности Ес-клеток на ограниченном участке (около 40 см) проксимального отдела тощей кишки. Этот участок начального отдела тощей кишки, протяженностью около 40 см, был назван нами «демпинг-чувствительной зоной». Выявленные особенности топографии Ес-клеток в начальном отделе тощей кишки позволили нам объективно обосновать возможность хирургической коррекции врожденной демпинг-предрасположенности. С целью предупреждения развития послеоперационного демпинг-синдрома у данной категории больных при выполнении резекции желудка по Ру мы производили дополнительно резекцию 40 см проксимального отдела тощей кишки – демпинг-чувствительной зо-

ны, устраняя тем самым морфологический субстрат этой тяжелой болезни оперированного желудка.

Отличные и хорошие результаты по шкале Visick были получены у 94 % оперированных больных, удовлетворительные – у 6 %.

Литература

1. Акимов, В.П. Лечение больных демпинг-синдромом / В.П.Акимов // Материалы Всероссийской научно-практической конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки», Саратов, 25-26 сентября 2003 г., / Саратовский медуниверситет, научн. ред. В.Д. Федоров. – Саратов, 2003. – С. 230.

2. Овсянников, В.И. Регуляция моторики желудочно-кишечного тракта: нейромедиаторная и гормональная функция серотонина / В.И. Овсянников, Т.А. Березина // Физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 1994. – т. 80. – №5. – С. 1-15.

3. Брискин, Б.С. Функциональная морфология эндокринных клеток желудка и 12-перстной кишки при язвенной патологии в условиях применения различных хирургических методов лечения / Б.С. Брискин, Я.Б. Лейцанс, Н.М. Кветной // Хирургическое лечение заболеваний желудка и 12-перстной кишки: сб. науч. труды / ММСИ.– М., 1988.– С. 3-6.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО РУ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Мармыш Г.Г., Дубровщик О.И., Полынский А.А., Колешко С.В.

Гродненский государственный медицинский университет

г. Гродно, Республика Беларусь

Кафедра общей хирургии

Достижения гастроэнтерологии позволили в индустриальных странах в последние десятилетия 20 века снизить остроту проблемы язвенной болезни. Значительно уменьшилось число плановых оперативных вмешательств при данной патологии. В меньшей мере позитивные перемены коснулись неотложной хирургии язвенной болезни. Частота плановых и неотложных операций при этой патологии в настоящее время в Республике Беларусь находятся в обратной зависимости. Чрезмерное сокращение плановой хирургии язвенной болезни со второй половины 90-х годов является одной из причин сохраняющейся высокой частоты неотложных операций, а, следовательно, повышенной летальности и инвалидности при этом заболевании [1].

Известно, что основными причинами инвалидности являются болезни оперированного желудка (демпинг-синдром, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит,