

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,

пептическая язва анастомоза, синдром приводящей петли), которые нередко (у 48–50%) сочетаются, обуславливая сложную гамму клинической симптоматики и низкую эффективность существующих способов реконструктивных вмешательств [2]. В связи с этим, разработка и совершенствование оперативных вмешательств, позволяющих предупредить или уменьшить клинические проявления сочетанных пострезекционных синдромов, является перспективным направлением в хирургической гастроэнтерологии.

Несомненный интерес вызывают появившиеся в последние годы сообщения об успешном применении У-образного гастроэнтероанастомоза по Ру в лечении болезней оперированного желудка. Эта операция была выполнена более 100 лет назад, но в течение длительного времени применялась как повторное реконструктивное вмешательство по поводу пострезекционных синдромов.

В последнее время в отечественной и зарубежной литературе появились сообщения о резекции желудка по Ру как о первичной операции при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки [3]. В то же время имеются публикации об отсутствии преимуществ резекции желудка по Ру перед традиционными способами резекций. Главным недостатком этого оперативного вмешательства, по мнению некоторых авторов [4, 5], является развитие у части оперированных больных специфического симптома комплекса – «Ру-синдрома», обусловленного эвакуаторными нарушениями из культи желудка и гипомоторикой «Ру-петли» тонкой кишки, особенно при короткой брыжейке тощей кишки.

Для профилактики «Ру-синдрома» в клинике общей хирургии был разработан в эксперименте и апробирован в клинике способ мобилизации «Ру-петли» тощей кишки. Суть способа заключается в том, что для повышения мобильности отводящей кишки, предупреждения ее чрезмерного натяжения и нарушения кровообращения в ней производили дополнительную мобилизацию участка тощей кишки длиной 15 см, отступя от Трейтцевой связки в дистальном направлении на 10 см. Мобилизацию осуществляли путем пересечения брыжейки тонкой кишки у самой ее стенки без рассечения сосудистых аркад (рис. 1).

Участок мобилизованной кишки резецировали. В результате этого отводящая петля тощей кишки удлинялась на величину, равную участку деваскуляризации за счет освободившейся брыжейки, что позволило без натяжения и деформации проводить отводящую петлю кишки через «окно» в брыжейке поперечно-ободочной кишки в верхний этаж брюшной полости, где формировался гастроэнтероанастомоз «конец в бок» (рис. 2).

Прооперировано предлагаемым способом 30 больных с осложненной язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде ни у одного больного не было выявлено «Ру-синдрома». Время эвакуации бария из культи желудка составило $37,1 \pm 6,0$ минут, время поступления бариевой взвеси в слепую кишку – $135,0 \pm 8,0$ минут.

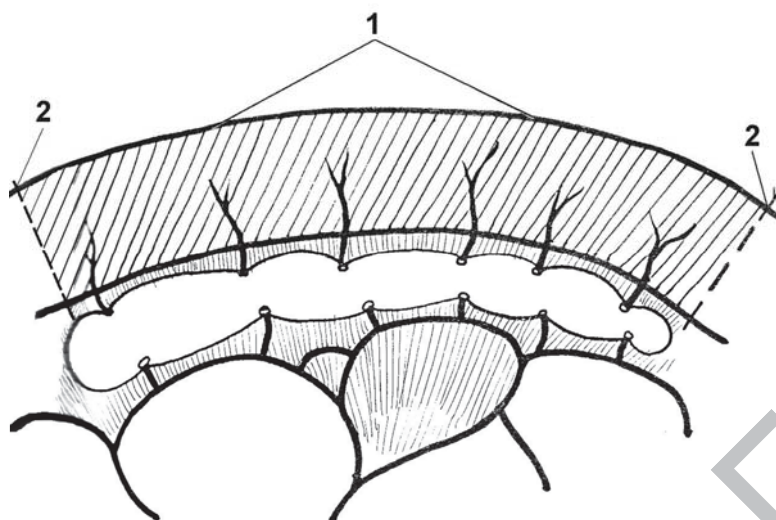


Рис. 1 – Схема мобилизации отводящей петли тощей кишки

1 – участок кишки, лишенный кровоснабжения;

2 – линии пересечения кишки при формировании ее приводящего и отводящего сегментов

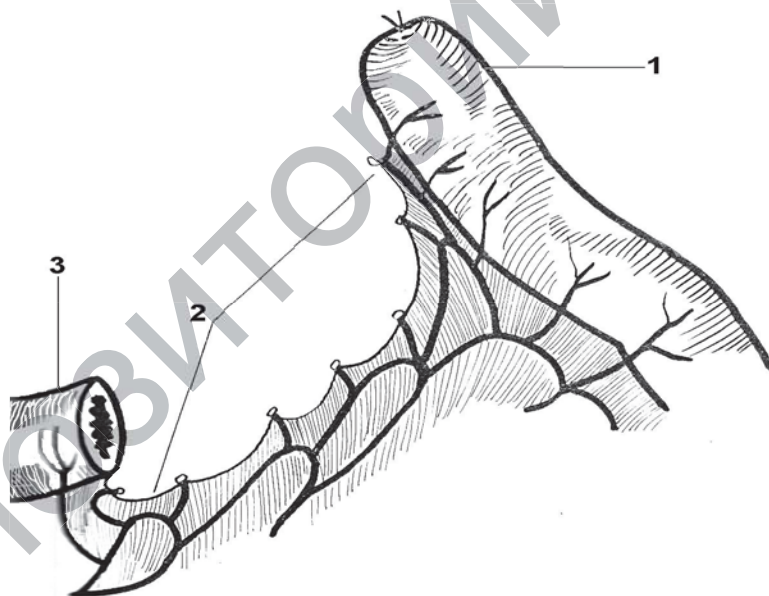


Рис. 2 – Схема мобилизации отводящей петли тощей кишки

1 – отводящий сегмент тощей кишки;

2 – мобилизованный участок брыжейки тощей кишки;

3 – приводящий сегмент тощей кишки.

Литература

1. Лобанков, В.М. Язвенная болезнь: концепция популяционной хирургической активности / В.М.Лобанков // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2010. – №3. – С. 29-36.

2. Биличенко, В.Б. Хронические нарушения дуоденальной проходимости при постгастрорезекционных синдромах / В.Б. Биличенко [и др.] // 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. 235.

3. Еременко, П.В. Выбор способа резекции желудка у больных язвенной болезнью / П.В. Еременко // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы экстренного и планового хирургического 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. 179.

4. Саенко В.Ф. Синдром Ру и его клиническое значение / В.Ф. Саенко, А.Е. Ващенко, Л.Ю. Маркулан // Клиническая хирургия. – 1989. – №4. – С. 72-76.

5. Халимов, Э.В. Особенности выполнения первичной резекции желудка по Ру / Э.В. Халимов, Б.Б. Капустин, С.Э.Большаков // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы экстренного и планового хирургического 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. 224.

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

**Маслакова Н.Д., Василевский В.П., Новицкий А.А., Жотковская Т.С.,
Флеров А.О., Макарич В.В., Новицкая Ю.А., Табола П.И.**

Гродненский государственный медицинский университет

1134 Военный клинический медицинский центр ВС РБ

г. Гродно, Республика Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Цель настоящего исследования – оценка результатов хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов собственной модификации, в отличие от существующих методик.

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) – заболевание, которым страдают 5–7% взрослого населения. Актуальность проблемы обусловлена не вполне удовлетворительными результатами хирургического лечения больных с копчиковыми ходами, что связано относительно большим числом послеоперационных осложнений. В связи с большой площадью разветвления ходов рецидивы после иссечения ЭКХ возникают в 7–10,1% наблюдений. Причиной возникновения заболева-