

наблюдался у 48,8 %. Улучшилась функция желудочно-кишечного тракта. Более чем в 3 раза снизилась частота астенического состояния пациентов. При инструментальном исследовании отмечена положительная динамика течения спаечного процесса. Так, при УЗИ живота в различные периоды наблюдения положительная динамика отмечена у 97,5% больных. Отмечено уменьшение диаметра кишки, снижение объема секвестрируемой в просвет кишки жидкости, уменьшение толщины кишечной стенки в зоне спаек. Только у 2 пациентов после лечения при УЗИ не выявлено динамики.

При исследовании КЖ в основной группе до лечения все показатели были достоверно ниже, по сравнению с группой контроля, на 20–55%. Проведенное направленное лечение спаечного процесса позволило значительно улучшить состояние больных, повысить их физическое и ролевое функционирование. Так, через 6 мес. ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, повысилось более чем в 2 раза, также повысились жизненная активность, социальное функционирование. Эти показатели сохраняли позитивную динамику в течение 10–12 месяцев.

Выводы. Пациенты со спаечной болезнью должны быть охвачены диспансерным наблюдением, нуждаются в реабилитационном лечении с целью снижения отрицательных проявлений патологии и повышения качества жизни.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ГАСТРОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

РУЧКИН Д.В., КОЗЛОВ В.А. ЗАВАРУЕВА А.А.
НИМЦ хирургии им. А.В. Вишневского, Москва
koziran@mail.ru

Введение. Повторные реконструктивные операции на желудке традиционно выделяют в отдельный раздел хирургической гастроэнтерологии. Сегодня эти открытые, технически сложные и часто уникальные операции продолжают оставаться предметом научных исследований, не утратив своей практической значимости. Тяжелые нарушения пищеварения после первичных операций на желудке приводят порядка 25% больных к стойкой инвалидизации. Дезорганизация естественного хода пищеварения гастродуоденальной зоны и результаты утраты функции привратника в ходе операции нарушают саморегулирующие механизмы гомеостаза, выходя за рамки одного органа (желудка), приобретая полиорганный характер. При этом единственным радикальным методом лечения болезней оперированного желудка остается повторная операция.

Цель. Оценить функциональную эффективность гастропластических операций в лечении патологий оперированного желудка.

Материалы и методы. В период 2012–2017 гг. в НИМЦХ им А.В. Вишневского выполнили 32 повторные операции пациентам, ранее перенесшим резекционные и антирефлюксные операции на желудке. В качестве первичного хирургического вмешательства была выполнена дистальная

резекция желудка в модификации Бильрот-II – 16 (50,0%) больным, гастрэктомия (ГЭ) – 4 (12,6%). Проксимальную резекцию желудка ранее перенесли 9 (28,1%) пациентов, фундопликацию по Ниссену – 3 (19,3%) больных. Показаниями к повторной операции у 10 (31,3%) пациентов явились пептические язвы, у 9 (28,1%) больных – тяжелый рефлюкс-эзофагит, у 3 (19,3%) – демпинг-синдром, и 2 (6,3%) больных оперированы по поводу синдрома приводящей петли. Еще 8 (25,0%) больных оперированы из-за рецидива рака в анастомозе и культе желудка. Средний возраст пациентов составил 55 лет, мужчин было 17 (58,8%), женщин – 15 (41,2%).

В качестве повторной операции выполнили интерпозицию отводящей петли в ДПК в 3 случаях. Еюногастропластику применили в 28 наблюдениях, из них 8 – после дистальной резекции и в 7 – после экстирпации культи желудка (в т.ч. в 4 случаях с созданием тонкокишечного резервуара), в 2 – после резекции эзофагоеюноанастомоза, а также в сочетании с проксимальной резекцией желудка (операцией Merendino) – в 11. В 1 наблюдении после экстирпации культи пластику выполнили сегментом поперечно-ободочной кишки. Мы стремились систематизировать и обосновать методологию выбора повторной реконструкции с целью свести до минимума количество больных, страдающих постгастрорезекционными расстройствами, а вместе с этим и необходимость очередного вмешательства. Важное методологическое значение имеет преобладание первичной и повторной реконструкции пищеварительного тракта, состоящая в единстве их принципов. Это одномоментная завершенность, редуоденизация, попытка пластического замещения желудка или его части (коло-еюногастропластика), рациональная утилизация пластического материала. В то же время само заболевание и вид предыдущего вмешательства диктуют необходимость индивидуального подхода к каждой операции.

Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 3 (9,3%) больных. Частичная несостоятельность эзофагоеюноанастомоза развилась у 2 (6,3%), пациентов, и у 1 (3,1%) больного выявлен поддиафрагмальный абсцесс. Все они разрешились консервативно путем адекватного дренирования под УЗ-контролем. Отдаленный результат реконструктивной операции оценили по трёхбалльной модифицированной шкале Visick, с учетом самочувствия пациента, динамики его питательного статуса, наличия тех или иных расстройств пищеварения. На момент окончания исследования под наблюдением оставалось 28 (87,5%) пациентов. Результат исследования выявил у 19 (59,4%) из них хороший, у 10 (31,3%) – удовлетворительный результат. И лишь 3 (9,3%) повторная операция не принесла облегчения.

Выводы. Оценка полученных результатов демонстрирует исчезновение или значительное ослабление патологических синдромов оперированного желудка. О чем свидетельствует целесообразность повторных операций с его пластическим замещением и восстановлением дуоденального пассажа пищи.