

- Создана математическая система предварительной диагностики странгуляционной ОСТКН, основной идеей которой явилась объективизация рутинных клинических, лабораторных и инструментальных данных, используемых в ургентной ситуации;

- Разработана методика ультразвуковой доплерографии, позволяющая в сомнительных случаях определить наличие и степень выраженности гемодинамических нарушений в стенке кишки при различных формах ОСТКН;

- Определена роль и место МСКТ в диагностической программе при ОСТКН;

- Сформирован последовательный алгоритм диагностики ОСТКН, включающий объективные клинико-лабораторные критерии и современные инструментальные лучевые методы, который позволяет не только констатировать наличие непроходимости, ее причину, но и с высокой эффективностью определить наличие странгуляции.

Полученные результаты: Применение на ранних этапах госпитализации математической системы дифференциальной диагностики форм ОСТКН (странгуляционная, обтурационная) позволило выделить 3 группы больных, опасных по развитию странгуляции: 1 группа – вероятность ишемического повреждения кишки низкая (обтурационная форма); 2 группа – «угрожаемая» группа по развитию некроза кишки; 3 группа – риск ишемического повреждения кишки высокий (странгуляция). Далее, в соответствии с разработанным алгоритмом, в клинически спорных ситуациях (2 группа) выполнялось ультразвуковое исследование с доплерографией внутрисосудных сосудов тонкой кишки и МС КТ. Чувствительность УЗИ с доплерографией в диагностике странгуляции составила 90,9%, специфичность – 96,6%, а точность – 95,7%. При МСКТ эти показатели составили 96,2%, 98,4% и 94,7%, соответственно.

В целом, использование такого комплекса диагностических мероприятий позволило уменьшить количество недиагностированных странгуляций до 8,7% против 28,8% при «традиционной» диагностике и тем самым избежать задержки оперативного вмешательства при опасной форме ОСТКН.

## ВЗГЛЯД ХИРУРГА НА СПАЕЧНУЮ БОЛЕЗНЬ

**МАКСИМОВ И.Б., СТАРОКОНЬ П.М., ДОЛГИХ Р.Н., ГАЛИК Н.И., ШАШКИНА М.К.**

*Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Минобороны РФ, Москва  
oldhorse.pm@mail.ru*

Актуальность. Спаечный процесс брюшной полости, возникающий после инвазивных воздействий на серозный покров, – заложенная природой защитная реакция организма. Без спаечного процесса выполнение оперативных вмешательств было бы сопряжено с высоким риском возникновения грозных осложнений. Тем не менее, очень часто в клинической практике мы сталкиваемся с ситуациями, когда спайки в брюшной полости становятся причиной абдоминальных болей, дисфункции желудочно-ки-

шечного тракта, психоэмоциональных страданий, а иногда и причиной возникновения острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Кишечная непроходимость – грозное осложнение, при котором необходимо принимать экстренные меры. Но чаще бывает, что до развития ОСКН пациенты страдают от болей, связанных со спайками, нарушением функции пищеварительного тракта. Они обращаются к медицинским специалистам, но какой специалист у нас занимается лечением именно спаечной болезни? Хирурги считают, что их удел – спаечная кишечная непроходимость. Терапевты и гастроэнтерологи не видят возможности помочь пациентам своими методами и отправляют к хирургам. Так замыкается круг страданий и безнадёжности. Точных данных о том, сколько пациентов страдает спаечной болезнью, на настоящий момент нет. Это связано и со сложностью диагностики патологического процесса, и с отсутствием программы обследования и лечения пациентов со спаечной болезнью.

Материалы и методы. Исследование выполнено в условиях поликлиники клинической базы кафедры. В исследование включены 80 пациентов с установленным диагнозом «спаечная болезнь». Возрастная группа пациентов в подавляющем большинстве 39,1±7,5 лет. Спаечная болезнь развилась после следующих оперативных вмешательств: аппендэктомия – 38 пациентов; ОКН – 34 пациента; гинекологические заболевания – 8 больных. Группа сравнения – 30 пациентов, у которых не было оперативных вмешательств на органах живота. Важными предпосылками возникновения спаечной болезни являются не только операции, выполненные на органах живота, но и их количество. Так, более 2 оперативных вмешательств были выполнены у 50 больных. Длительность спаечного процесса составила около 7,6±0,8 лет. Пациентам в условиях поликлиники выполнена диагностическая программа: анализ жалоб и клинических проявлений заболевания; пальцевое ректальное исследование (женщинам – вагинальное на предмет подвижности органов малого таза, вовлеченных в спаечный процесс); лабораторные анализы; обзорная рентгенография живота; 44 пациентам выполнена контрастная энтерография с исследованием пассажа по кишке и выявлением признаков спаечной болезни; УЗИ живота. При УЗИ визуализировали петли кишечника, их диаметр (внутренний и наружный), толщину и структуру стенки кишки, смещение петель кишечника относительно друг друга и передней брюшной стенки. С помощью специальных проб определяли подвижность петель кишки. Всем пациентам проведены 1–2 курса физио-, бальнео-, пелоидолечения в условиях реабилитационного отделения поликлиники. Показатели качества жизни (КЖ) пациентов до и после лечения через 3,6 месяцев определяли с помощью методики SF-36.

Результаты исследования. Проведенное лечение дало положительный результат у 76 пациентов (95%). Так, болевой синдром сохранялся только у 38 больных, но интенсивность его была значительно ниже, чем до лечения. Изменился и характер боли. Дискомфорт в животе сохранялся только у 16,7% больных. До лечения этот показатель

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.