

процент осложнений – 5,7%.

Выводы:

1. Наиболее часто осложнения встречались после операции Мармара, 20 (11,6%) и Поломо 14 (11,1%).
2. Гидроцеле выявлено после операции Поломо в 12 случаях (9,5%).
3. Рецидивы варикоцеле встречались преимущественно после операции Мармара у 19 (11%) мальчиков и подростков.

Литература:

1. Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Корзникова И.Н., Дерунова Т.И. Варикоцеле в детском возрасте. Детская хирургия №6, 2008, стр. 28-31.
2. Кадыров З.А., Муминов Н.О., Ишонаков Х.И., Матар А.А., Алшамми М.К. Сравнительная оценка экстраперитонеоскопических и лапароскопических методов лечения варикоцеле. Урология 2008; 3: 44-48.
3. Муслимов Ш.Т. Сравнительная оценка лапароскопической и микрохирургической варикоцелэктомии. Москва 2013г.
4. Комарова С.Ю., Цап Н.А., Сысоев С.Г., Основин П.Л., Гайдышева Е.В., Тимошинов М.Ю. Пути совершенствования оперативного лечения детей с варикоцеле. IV съезд детских урологов-андрологов, 4-5 апреля 2015:86-87.
5. Frank Hinman, Jr., MD. Atlas of Urologic Surgery. FACS, FAAP, FRCS Eng, Москва, 2007, 9-29.

УДК 616.366-089.87

Л.В. Студеникин, И.Я.Бондаревский
РОЛЬ РЕНТГЕНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСКИНЕЗИИ
ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра факультетской хирургии
ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет
Министерства Здравоохранения РФ
Челябинск, Российская Федерация

L.V. Studenikin, I.Y.Bondarevskij
THE ROLE OF X-RAY IN THE DIAGNOSIS OF THE DUODENAL
DYSKINESIA IN PATIENTS WITH CHRONIC CALCULOUS
CHOLECYSTITIS

Department of faculty surgery
South Ural state medical university
Chelyabinsk, Russia

Контактный e-mail: Chirurgus_vagus@mail.ru

Аннотация: в статье представлены результаты рентгенологического обследования пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью. Больные с доказанной дискинезией двенадцатиперстной кишки были подвергнуты ее хирургической коррекции при эндоскопической холецистэктомии. Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки - оправданный, неинвазивный и достоверный метод диагностики моторно-эвакуаторной патологии двенадцатиперстной кишки.

Annotation: the article presents the results of x-ray examination of patients with cholelithiasis. Patients with confirmed duodenal dyskinesia were subjected to surgical correction in endoscopic cholecystectomy. X-ray of stomach and duodenum - justified, non-invasive and reliable method for diagnosis of motor-evacuation pathology of the duodenum.

Ключевые слова: дискинезия двенадцатиперстной кишки, рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки.

Keywords: duodenal dyskinesia, X-ray of stomach and duodenum.

Актуальность

Проблема хронических нарушений дуоденальной проходимости является предметом острых дискуссий и в настоящее время остается далекой от окончательного решения [7]. При этом остаются до конца нерешенными вопросы как патогенеза данной патологии, так и методов ее диагностики и хирургической коррекции. Нормальная моторно-эвакуаторная деятельность двенадцатиперстной кишки является необходимым условием не только для прохождения пищевых масс по ее просвету, но и для обеспечения физиологической функции как самой кишки, так и органов, с нею связанных [6]. Нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки неблагоприятно отражаются на функции билиарного тракта. Имеющиеся данные свидетельствуют о наличии дуоденогастрального рефлюкса у 80% пациентов с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости [11]. При повышенном внутрипросветном давлении в кишечнике имеет место не только дуоденогастральный, но и дуоденобилиарный рефлюкс инфицированного застойного кишечного содержимого, который может стать причиной развития патологии желчевыводящих путей, в том числе и желчнокаменной болезни [6]. Нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки встречаются у 10-35% больных патологией билиарного тракта [2].

Достоверно доказана взаимосвязь моторно-эвакуаторной патологии двенадцатиперстной кишки с развитием постхолецистэктомического синдрома [10], частота которого может достигать 40% [13]. Данный факт подчеркивает важность предоперационного обследования данного отдела желудочно-кишечного тракта.

Информативная ценность рентгенологического метода исследования подчеркивается как отечественными, так и зарубежными авторами на протяжении последних нескольких десятилетий [9,12]. Рентгенологическое

исследование желудка и двенадцатиперстной кишки является общедоступным и неинвазивным методом диагностики. Сочетание рентгенографии и рентгеноскопии обеспечивает полную характеристику морфологического и функционального состояния данных органов [3].

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы

На базе НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» были обследованы 57 человек, готовящихся к плановой эндоскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита. Во время проведения стандартного объема предоперационного амбулаторного обследования, либо в момент госпитализации данным больным проведена рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием 250,0 мл. контрастной бариевой смеси «БарВИПС», согласно общепринятым современным правилам [4,8]. Трактовка результатов рентгеноскопии проводилась согласно классификации хронической дуоденальной непроходимости Я.Д. Витебского с соавторами (табл. 1) [1].

Таблица 1

Классификация хронических нарушений дуоденальной проходимости по Я.Д. Витебскому (1985)

	Диаметр двенадцатиперстной кишки	Сроки эвакуации	Рефлюкс
Компенсация	До 4 см (N до 3,5 см)	1- 1,5 мин (N до 30 сек)	+/-
Субкомпенсация	Более 4 см	Более 1,5 мин	+
Декомпенсация	Более 4 см	Более 3 мин	Пассивное перемещение пищи

Из больных с доказанными хроническими нарушениями дуоденальной проходимости были сформированы 2 опытных группы. Группу исследования составили 12 человек (пациенты, подвергшиеся симультантной оперативной коррекции дуоденальной патологии при эндоскопической холецистэктомии). Группу сравнения составили 15 человек (пациенты с выявленной дискинезией двенадцатиперстной кишки без ее коррекции, которым была выполнена лишь холецистэктомия). Коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости производилась в объеме мобилизации дуоденоюнального перехода путем рассечения брюшины в данной области. За образец была взята операция Клермона [5].

В послеоперационном периоде через 12 месяцев после оперативного лечения проведены оценка качества жизни с помощью русифицированной версии опросника GSRS и контрольное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы StatSoft Statistica v.6.0, с использованием

критерия Стьюдента.

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом участвующего клинического центра кафедры Факультетской хирургии ЮУГМУ Минздрава России, НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО РЖД. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, рентгенологические признаки дискинезии двенадцатиперстной кишки в разной степени выраженности выявлены в 47,4% случаев (n= 27). Выявлено 3 случая нарушений дуоденальной проходимости 3 стадии- декомпенсации, в остальных 24 случаях выставлен диагноз хронических нарушений дуоденальной проходимости во 2 стадии- субкомпенсации. К основным рентгенологическим проявлениям хронических нарушений дуоденальной проходимости относятся следующие, выявленные у обследованных пациентов: задержка сроков эвакуации бариевой взвеси из желудка в двенадцатиперстную кишку, либо из нее в тощую кишку более чем на 30 секунд; расширение просвета двенадцатиперстной кишки более 3,5 см; наличие дуоденогастрального рефлюкса; наличие антиперистальтических сокращений в двенадцатиперстной кишке; пассивное перемещение содержимого из двенадцатиперстной кишки в желудок и обратно. Данные признаки приведены по мере возрастания декомпенсированности состояния больного и их совокупность свидетельствует о наличии грубой моторно-эвакуаторной патологии двенадцатиперстной кишки.

Видеолапароскопическая холецистэктомия, дополненная симультантной мобилизацией дуоденоюнального перехода, выполнена в 44,4% (n= 12) случаев у пациентов с субкомпенсированной стадией дискинезии (2 стадия) по классификации Я.Д. Витебского.

Оценка результатов опроса пациентов выявила более высокое качество жизни у пациентов в группе исследования, нежели в группе сравнения.

Проведенные после операции контрольные рентгенологические исследования состояния моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки выявили достоверно значимое улучшение пассажа бариевой взвеси из двенадцатиперстной кишки в тощую кишку, что свидетельствует об эффективности предлагаемой нами оперативной коррекции данной патологии.

Выводы:

1. Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки- оправданный, неинвазивный и достоверный метод диагностики моторно-эвакуаторной патологии двенадцатиперстной кишки.
2. Симультантная мобилизация дуоденоюнального перехода является

оправданным методом профилактики постхолецистэктомических осложнений и способствует нормализации пассажа кишечного содержимого по двенадцатиперстной кишке.

3. Качество жизни пациентов, страдающих хроническими нарушениями дуоденальной проходимости и подвергшихся ее хирургической коррекции, значительно выше, чем у пациентов с доказанной патологией двенадцатиперстной кишки без ее коррекции.

Литература:

1. Витебский Я.Д., Кувырзин В.В. Рентгенологическая диагностика хронических нарушений дуоденальной проходимости: методические рекомендации. - Курган: Советское зауралье, 1985. - 24 с.

2. Звягинцева Т.Д., Шаргород И.И. Хроническая дуоденальная непроходимость и принципы консервативной терапии // Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология. - 2011. - №367. - С. 3-8.

3. Линденбратен Л.Д., Наумов Л.Б. Методы рентгенологического исследования органов и систем человека. Ташкент: Медицина, 1976. - 420 с.

4. Лучевая диагностика: учебник / под ред. проф. Г.Е. Труфанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 496 с.

5. Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. – Киев: Здоровье, 1979. – 82 с.

6. Мирзаев А.П. Дуоденальный стаз. - Л.: Медицина, 1976. - 176 с.

7. Плеханов А.Н., Борбоев Л.В. Фармакотерапевтическая эффективность растительных средств при хронических нарушениях дуоденальной проходимости // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2015. №2 (102). С.57-61.

8. Ростовцев М.В., Ваганов А.В., Братникова Г.И. и др. Атлас рентгеноанатомии и укладок: руководство для врачей / под ред. д.м.н. М.В. Ростовцева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 320 с.: ил.

9. Саенко В.Ф., Маркулан Л.Ю., Тутченко Н.И. и др. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости // Клиническая хирургия. 1984. № 2. С.26-30.

10. Суздальцев И.В., Золотухин Т.Ф., Архипов О.И. и др. Постхолецистэктомический синдром: причины, факторы риска, современные методы диагностики и лечения: учебное пособие. - М.: АНМИ, 2003. - 118 с.

11. Тимофеева Т.В., Есипов В.К., Каган И.И. и др. Анатомо-хирургические основы дуоденоюнального перехода при хронической дуоденальной непроходимости // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2012. - №4-1. С.101-104.

12. Ezzedien Rabie M., Olajide Ogunbiyi, Abdullah Saad Al Qahtani and other. Superior Mesenteric Artery Syndrome: Clinical and Radiological Considerations // Surgery Research and Practice, vol. 2015, Article ID 628705, 5 pages, 2015.

13. Macaron C., Qadeer M.A., Vargo J.J. Recurrent abdominal pain after laparoscopic cholecystectomy // Cleveland clinic journal of medicine. - 2011. - №78-3. P. 171-178.

УДК 616.352-089.168.1-06

**Ю.А. Тагиева, З.И. Муртазаев, Л.Т. Рахматова, У.А. Шербек, М.И.
Рустамов, Ш.У. Бойсариев**
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА**
Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии
Самаркандский медицинский институт
г.Самарканд. Узбекистан

**Yu.A. Tagieva, Z.I. Murtazaev, L.T. Rahmatova, U.A. Sherbekov, M.I.
Rustamov, Sh.U. Boysariiev**
**SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE
INSUFFICIENCY OF THE ANAL SPHINCTER**
Department of General Surgery, radiation diagnosis and therapy
Samarkand medical institute
Samarkand. Uzbekistan

Контактный e-mail: umumxirurgiya@mail.ru

Аннотация. На период с 2010-2015 гг. на стационарном лечении с диагнозом послеоперационная недостаточность анального сфинктера в отделении проктологии клиники СамМИ состояло 41 больных. Из них 20 (48,7%) мужчин, 21 (51,3%) женщин. Возраст больных с 18 по 71 лет. Все больные до поступления в наш стационар с 1 до 5 раз перенесли операции по поводу геморроя, анальной трещины, острого и хронического парапроктита в различных больницах республики. В статье рассмотрены отдаленные результаты у 37-х прооперированных больных. Если у больного отсутствуют жалобы на недостаточность сфинктера и данные сфинктерометрии нормальные результаты оцениваются как хорошие. Хорошие результаты наблюдались у 31 больных (75,8%). Если в результате операции недостаточность анального сфинктера переходит на одну степень в сторону улучшения, результаты оцениваются как удовлетворительные. Такие результаты наблюдались в 19,4% случаев (у 8 больных). У 2-х больных (4,8%) отмечались неудовлетворительные результаты. У этих больных послеоперационный период осложнялся нагноением ран.

Annotation. For the period since 2010-2015 on hospitalization with the diagnosis postoperative insufficiency of an anal sphincter in office of a proctology of