

9. Урманчеева А.Ф., Мешкова И.Е. // Практическая онкология. - 2000. - №4. - С. 7q13.
10. Чепик О.Ф., Бахидзе Е.В., Гедерим М.Н. и др. // Новые подходы к скринингу, диагностике и лечению опухолей яичников: Мат. науч. практ. конф. — СПб., 2001. - С. 81.
11. Черенков В.Г., Байдо С.В., Иванченко В.В., Субботина О.Ю. // Новые подходы к скринингу, диагностике и лечению опухолей яичников: Мат. науч. практ. конф. - СПб., 2001. - С. 112.
12. Barakat R.R., Federici M.G., Saigo P.E. et al. // *Cancer*. - 2000. - Vol. 89, No. 2. - P. 383q390.
13. *Cancer Incidence in Five Continents* // *LARC Sci. Publ. Lyon*. - 1997. - Vol. 7. - P. 143.
14. *Survival of Cancer Patients in Europe: Eurocare 2 Study* // *LARC Sci. Publ. Lyon*. - 1999. - P. 151.

15. Welsh J.B., Zarrinkar P.P., Sapinoso L.M. et al. // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. - 2001. - Vol. 98, No. 3. - P. 1176q1181.

Поступила в редакцию 25.12.02.

FEATURES OF CLINICOPATHOLOGIC CHARACTERISTICS OF OVARIAN CARCINOMA AT PATIENTS IN VOLGOVIATSKY REGION

E.V. Novichkov, A.A. Votintsev, E.N. Fedorova, E.S. Golovina
Kirov State Medical Academy

Summary — The purpose of the investigation is to assess the survival rate of the patients suffering from ovarian carcinoma in Volgo'vi'atsky region, allowing for the histological structure of the tumor, the grade of its differentiation and the stage of the process. According to the data, the five-year survival rate of the patients with all clinical stages of the tumors is lower than the average statistical one that results, in authors' opinion, from later diagnostics.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 4, p. 73q 75.

УДК 616.342'009.2'039.5:616.366'003.7'089

И.А. Сарванов

НЕКОТОРЫЕ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморская краевая клиническая больница № 1
(г. Владивосток)

Ключевые слова: дискинезия, двенадцатиперстная кишка, желчнокаменная болезнь, спайки брюшины.

Основными причинами желчной гипертензии являются стриктуры внутри и внепеченочных желчных протоков, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС), удаленные камни желчных путей, атония БДС и обшлого желчного протока, кисты и опухоли желчных протоков, хронический панкреатит. Значимость и роль перечисленных состояний общеизвестна и вполне очевидна. Между тем хирурги при определении тактики и методов лечения заболеваний внепеченочных желчных путей не всегда достаточно оценивают функциональное состояние 12-перстной кишки (ДПК) и БДС.

Повышение давления в ДПК существенно ухудшает кинетику желчи. В норме давление здесь составляет около 80 мм в. ст., а в холедохе — 100–160 мм. в. ст. [1, 2]. Изменение этого градиента приводит к билиарно-дуоденальному рефлюксу и инфицированию желчных путей. Я.Д. Витебский (1976) рассматривал дуоденостаз как первопричину холестаза и отводил ему основную роль в развитии желчно-каменной болезни [2]. Прогрессирующее нарушение дуоденальной моторики неизбежно приводит к недостаточности БДС со всеми вытекающими последствиями [4]. Дискинезия ДПК является полиэтиологическим синдромом, причины и патогенез которого до сих пор не выяснены полностью. Частота

ее по различным источникам является весьма вариабельной — от 0,45 до 5,7% [6]. Другие авторы приводят статистические данные, указывающие на дуоденостаз как первопричину постхолецистэктомического синдрома в 1,5–8% случаев [2].

В доступной литературе не нашлось работ, где была бы отражена взаимосвязь дискинезии ДПК и послеоперационных спаек в брюшной полости. Между тем хроническая спаечная непроходимость у больных, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости, развивается в 2–6% случаев [3, 7, 9]. Рауг (1914) после 3000 релапаротомий наблюдал различные осложнения на почве спайкообразования у 18% больных [9].

Чаще всего встречается обтурационно-странгуляционная спаечная кишечная непроходимость, иначе говоря, — межкишечные спайки, формирующие «двустволки» [7, 8, 9]. Причем в 50–60% случаев к спаечной кишечной непроходимости (в том числе и к хронической) приводит «банальная» аппендэктомия [3, 7, 10].

Сращения, возникающие после ранее перенесенных операций на органах брюшной полости, играют существенную роль в развитии дискинезии ДПК. Так, в нашей клинике при обследовании 47 больных, перенесших ранее лапаротомию по поводу заболеваний, не связанных с ДПК и желчными путями, и не имевших явных признаков хронической спаечной непроходимости, в 17 случаях были отмечены клинические признаки нарушения функции ДПК: чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи, тошнота, изжога, горечь во рту. В результате рентгенологического исследования очевидные симптомы дискинезии ДПК констатированы в 9 наблюдениях: у 4 пациентов обнаружена антиперистальтика с дуоденально-гастральным рефлюксом, у 3 — задержка пассажа бариевого «комка» более 40 сек., у 2 — сочетание этих двух признаков дуоденостаза. (Такие рентгенологические симптомы, как «гипо», «гиперперистальтика», «раздраженная кишка», являющиеся во многом субъективными или функционально-проходящими, не учитывались.) При фиброгастродуоденоскопии

(ФГДС) в 9 случаях выявлен билиарно-гастральный рефлюкс и явления гастродуоденита (в 8 из них обнаружены и рентгенологические признаки хронической дуоденальной непроходимости). У 24 пациентов диагностирован эрозивный или геморрагический гастродуоденит, который сам по себе не является безусловным симптомом дискинезии ДПК и требует более углубленного обследования.

Из 10 больных с инструментально диагностированными признаками дискинезии оперировано шестеро. Каких-либо видимых изменений ДПК и дуоденального перехода зарегистрировано не было, но во всех случаях обнаружены тонкокишечные спайки с деформацией кишки в форме «двустволки». Четверо оперированы по поводу желчно-каменной болезни и ее осложнений. В трех случаях обнаружены пигментные (черные и коричневые) камни. Известно, что желчно-каменная болезнь среди лиц европеоидной расы характеризуется преимущественно (не менее 75% случаев) холестериновыми конкрементами [13, 15]. Образование пигментных камней связано со стазом желчи и ее инфицированием, что приводит к разложению билирубина на диглюкуронида Р-глюкуронидазой бактерий, а затем — к осаждению нерастворимого неконъюгированного билирубина [5, 14, 15]. Таким образом, в качестве основной причины камнеобразования у этих больных можно принять дуоденостаз, вызванный спайками брюшной полости.

Для изучения роли спаек в возникновении дискинезии ДПК и камнеобразования обследованы 154 человека, оперированных по поводу клинически неосложненной желчно-каменной болезни. 96 из них (1-я группа) ранее не подвергались лапаротомии, а 58 (2-я группа) были оперированы на органах брюшной полости. Всем выполнена ФГДС. Описанные выше признаки дискинезии ДПК выявлены в обеих группах — в 11 (11,5%) и 13 (22,4%) случаях соответственно. Во время оперативного вмешательства у всех больных 2-й группы найдены и ликвидированы спайки между петлями тонкой кишки. Конечно, эндоскопические находки могли быть обусловлены и самой желчно-каменной болезнью, однако у ранее оперированных они встречались почти в 2 раза чаще. Кроме того, пигментные камни у больных 1-й группы обнаружены лишь в 18 (18,8%), а второй — в 19 наблюдениях (32,8%). Приведенные данные свидетельствуют о том, что послеоперационные спайки брюшной полости, даже при отсутствии клинико-инструментальных данных за хроническую спаечную кишечную непроходимость, в ряде случаев приводят к развитию дискинезии ДПК. Поэтому, если ранее оперированным на брюшной полости пациентам планируется эндоскопическая папиллосфинктеротомия, восстановительная операция на внепеченочных желчных путях или наложение желчно-тонкокишечного анастомоза, в нашей клинике всегда исследуется состояние ДПК. Дискинезия служит основанием для отказа использования этой кишки в перечисленных вмешательствах. При планировании желчно-тонкокишечных анастомозов

на фоне дискинезии следует определять моторику тонкой кишки и пассаж бария по ней. Спаечный процесс может приводить к гипертензии в тощей кишке, еюнально-билиарному рефлюксу, что делает вмешательство порочным. В настоящее время при реконструктивных операциях на желчных путях в нашей клинике всегда выполняется энтеролизис.

Дивертикулы ДПК в популяции встречаются не менее чем в 2-3% случаев [2, 11]. При поражениях панкреато-дуоденальной зоны эта патология регистрируется у 10,2% пациентов [12]. Произведена выборка 379 случаев желчно-каменной болезни. Дивертикулы обнаружены в 18 наблюдениях (4,8%). Столь высокая частота этой патологии, по-видимому, объясняется специфичностью контингента больных. В 8 случаях дивертикулы располагались периапулярно, в 6 — параапулярно, в 4 — на свободной стенке ДПК. Во всех наблюдениях имелись эндоскопические и (или) рентгенологические признаки дискинезии этого отдела тонкой кишки. У 16 больных (89% случаев) конкременты были пигментными и, следовательно, имели «застойно-инфекционное» происхождение. Кроме того, в 3 случаях обнаружен изолированный холедохолитиаз.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что несущая дивертикулы кишка является не только функционально несостоятельной, но и обладает выраженными литогенными свойствами. Поэтому при лечении желчно-каменной болезни, развившейся на фоне дискинезии или дивертикулеза ДПК, следует помнить о вероятности рецидива заболевания. Не останавливаясь на этой проблеме подробно, можно сказать, что у лиц молодого возраста нужно стремиться к наложению желчно-тонкокишечных анастомозов с полным пересечением общего желчного протока. Пожилым больным при тяжелых сопутствующих заболеваниях, выраженной желтухе и холангите, как правило, показаны менее травматические вмешательства (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, наружная билиарная декомпрессия, баллонная дилатация БДС и т.п.). В ряде случаев в нашей клинике вторым этапом выполнялось отключение общего желчного протока от ДПК. В качестве иллюстрации можно привести следующее наблюдение.

Больная А., 79 лет, находилась на лечении с дискинезией и дивертикулами ДПК (рис.1), изолированным холедохолитиазом (рис.2), стенозом БДС, хроническим рецидивирующим холангитом и механической желтухой. Больная в течение года. В качестве первой помощи выполнена баллонная дилатация БДС до 6 мм с извлечением корзиной Dormia мелких конкрементов. Через 2 дня произведена дозированная (12 мм) ретроградная папиллосфинктеротомия — более протяженное рассечение таила в себе угроз кровотечения. Попытки фрагментации и удаления конкремента оказались безуспешными, но был восстановлен нормальный дренаж желчи. Через две недели наступила ремиссия холангита, прошла желтуха. Больная оперирована. Из-за возраста и наличия сопутствующих заболеваний вмешательство ограничилось холедохолитотомией (пигментный камень) и дренированием общего желчного протока, хотя в подобных случаях чаще накладывается холедохоеюноанастомоз с полным пересечением протока. Послеоперационных осложнений не было.

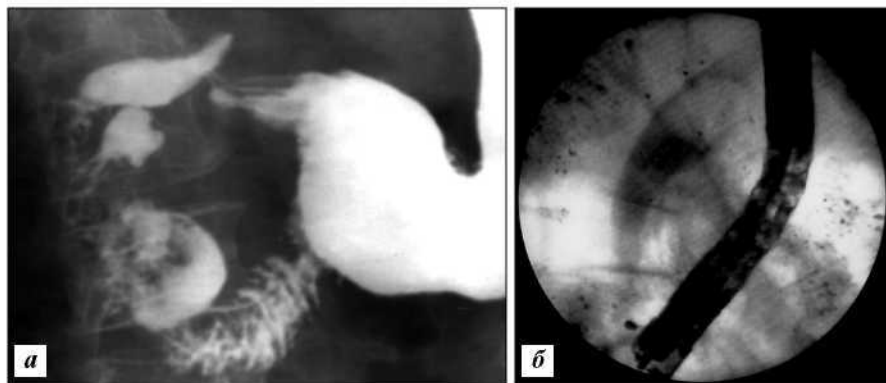


Рис. 1. Наблюдение из практики.
а — контрастная рентгенография: большой дуоденальный сосочек, открывающийся в просвет нижней дивертикулы двенадцатиперстной кишки; б — ретроградная панкреатохолангиография: крупный конкремент общего желчного протока, мелкие камни ампулы, стеноз большого дуоденального сосочка.

Подытоживая сказанное, можно сделать следующие выводы: 1) спайки в брюшной полости увеличивает частоту дискинезии ДПК кишки почти в два раза; 2) любое хирургическое вмешательство на желчных путях (в том числе и лапароскопическое) у ранее оперированных на брюшной полости лиц должно сопровождаться разделением спаек тонкой кишки; 3) дивертикулы ДПК всегда сопровождаются ее дискинезией и способствуют билиарному камнеобразованию, что необходимо учитывать при лечении желчно-каменной болезни.

Литература

1. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.И. *Непроходимость желчных путей*. — М.: Медицина, 1977.
2. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. *Заболевание желчных путей после холецистэктомии*. — М.: Медицина, 1988.
3. Гирголав С.С. // *Труды 20го съезда российских хирургов*. — М., 1929. — С. 247.
4. Данилов М.В., Федоров В.Д. *Хирургия поджелудочной железы*. — М.: Медицина, 1995.
5. Коновалова М.А. // *Болезни печени и желчевыводящих путей* — М.: *МедВести*, 2002 — С. 376-378.
6. Нестеренко Ю.А., Буромская Г.А., Климинский И.В. и др. // *Хирургия*. — 1981. — № 3. — С. 3-11.
7. Норенберг Чарквиани А.Е. *Острая кишечная непроходимость*. — М.: Медицина, 1969.
8. Петров И.П., Ерохин И.А. *Кишечная непроходимость*. — М.: Медицина, 1989.
9. Симонян К.С. *Спаечная болезнь*. — М.: Медицина, 1966.
10. Томащук И.П., Беломар И.Д., Отурин Е.П. *Ранняя спаечная непроходимость кишечника*. — Киев: Здоровье, 1991.
11. Шерлок Ш., Дули Дж. *Заболевания печени и желчных путей* — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.
12. Эктон П.В., Карцев А.Г., Иванов А.Э. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — № 1. — С. 179.
13. Lee S.P., Hayashi A., Kim Y.S. // *Hepatology*. — 1994. — Vol. 20. — P. 522-525.
14. Leung J.W.C., Sung J.Y., Costerton J.W. // *J. Clin. Microbiol.* — 1989. — Vol. 27. — P. 914-916.
15. Leuschner U., Guldutuna S., Hellstern A. // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 1994. — Vol. 9. — P. 85-89.

Поступила в редакцию 28.11.03.

CERTAIN FORMS OF DUODENUM DYSKINESIA AS A CAUSE OF BILE HYPERTENSION

I.A. Sarvanov

Vladivostok State Medical University, Primorsky Regional Clinical Hospital № 1 (Vladivostok)

Summary — The paper describes the effect of commissural process in the abdominal cavity on the development of duodenum dyskinesia. This pathology was found two times more often at patients having been operated earlier on the abdominal cavity. Among the patients suffering from cholelithiasis complicated by dyskinesia the pigment stones were found at 32,8% of cases. When choosing a method of operative intervention in the biliary tracts, it is necessary to allow for potential changes in the duodenum caused by its diverticula or commissural process of the abdominal cavity.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 4, p. 75-77.

УДК 616.711'007.55'089'053.2(571.62)

Ю.В. Боляев, Н.И. Жила

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Детская краевая клиническая больница (г. Хабаровск),
Дальневосточный государственный медицинский университет (г. Хабаровск)

Ключевые слова: сколиоз, лечение.

Сколиотическая болезнь является наиболее сложной и трудной проблемой современной ортопедии. Пожалуй, ни одно заболевание не доставляет столько

забот и не приносит столько разочарований больному и врачу. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в детской вертебрологии за последние два десятилетия, результаты лечения больных, страдающих сколиотической болезнью, не всегда благоприятны [1,2]. Это обусловлено недостаточной осведомленностью врачей о возможностях современной хирургии позвоночника у детей и поздним направлением больных на оперативное лечение.

В ортопедическом отделении Детской краевой клинической больницы г. Хабаровска ежегодно проводится до 30-40 операций на позвоночнике по поводу данной патологии. С 1988 г. проведено 228 операций у 103 детей с прогрессирующими формами сколиоза. С целью прогнозирования развития деформации позвоночника