

О ПОКАЗАНИЯХ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

З.Г. Сахаутдинов, О.В. Галимов, Э.Н. Праздников

*Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В.Г. Сахаутдинов)
Башкирского государственного медицинского университета*

При грыжах пищевода и пищевода (ГПОД), в частности при параэзофагеальных и скользящих hiatusных грыжах с осложнениями рефлюксной болезни в сочетании с заболеваниями органов брюшной полости, которые требуют хирургического вмешательства, показано комбинированное оперативное вмешательство [3, 5], направленное на устранение первых и коррекцию вторых.

В отношении необходимости устранения ГПОД с неосложненными формами рефлюкса или бессимптомном их течении во время хирургических вмешательств на органах верхнего этажа брюшной полости существуют противоречивые суждения. Так, одни авторы [8] считают, что при сочетании неосложненной ГПОД и холецистите можно ограничиться только холецистэктомией, что, казалось бы, объясняется [6] уменьшением патологического дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) вследствие нормализации функции пилорического жома после холецистэктомии, снижением агрессивного действия желудочного содержимого на слизистую пищевода [6]. Однако исследования последних лет опровергли эту гипотезу, ибо операции на органах верхнего этажа брюшной полости зачастую приводят к усилению ДГР [2]. В то же время отмечается [1, 4], что у большинства пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу абдоминальной патологии без коррекции сопутствующей неосложненной, подтвержденной объективными методами hiatusной грыжи, после операции наблюдаются неудовлетворительные результаты и некоторые из них приходится оперировать повторно.

Нами обследованы 80 больных с ГПОД (мужчин — 41, женщин — 39, средний возраст — 52 года), которые в сроки от 2 месяцев до 30 лет (в среднем 3 года) до поступления в клинику были оперированы в различных лечебных уч-

реждениях по поводу заболеваний верхнего этажа брюшной полости. Первичным оперативным вмешательством у 42 пациентов была резекция желудка по поводу язвенной болезни, у 38 — холецистэктомия по поводу холецистита, которая у 12 из них была дополнена вмешательством на желчном протоке. Диагностический комплекс при ГПОД включал рентгенологическое исследование на трохоскопе при горизонтальном положении больных и с соблюдением проб Вальсальвы и Мюллера, фиброэзофагогастроскопию (ФЭГС), эзофагоманометрию методом «открытых катетеров», часовую внутрипищеводную рН-метрию.

В зависимости от результатов дооперационного обследования больные были условно разделены на две группы. 1-ю составили 20 пациентов (12 — после резекции желудка и 8 — после холецистэктомии), у которых ГПОД до операции не были диагностированы. Тщательный сбор анамнеза и изучение выписных документов показали, что у 18 из них до операции имелись те или иные симптомы патологии ГПОД. Клинические проявления ГПОД усиливались в основном в течение первого года после хирургического вмешательства. Соблюдение строгого режима, диеты, проведение медикаментозной терапии у части пациентов улучшило их состояние. В других случаях оставшиеся или даже усилившиеся после операции боли в области эпигастрия, изжога, отрыжка и другие проявления ГПОД нивелировали результаты хирургического лечения. У 60 больных 2-й группы в результате исследования, проведенного перед операцией, были выявлены ГПОД, но их коррекция не производилась. В 58 случаях причиной тому послужило неосложненное или бессимптомное течение заболевания, в 2 — отказ больных от сочетанных операций. 32 пациентам этой группы была выполнена резекция же-

Методы обследования	Число больных, у которых констатированы признаки hiatusных грыж					
	до операции			после операции		
	выражены	слабо выражены	отсутствуют	выражены	слабо выражены	отсутствуют
Клинический осмотр	2	26	32	39	18	3
Рентгеноскопия	28	30	2	37	22	1
Фиброэндоскопия	2	26	32	37	20	3
Эзофагоманометрия	31	28	1	38	22	—
pH-метрия	20	22	18	37	21	2

лудка, 28 — холецистэктомия (в том числе 5 — с дренированием холедоха). С целью изучения динамики патологического процесса у 60 пациентов 2-й группы мы провели сравнение результатов до- и послеоперационного обследования (см. табл.).

Результаты обследования показали высокую достоверность ($P < 0,01$) разницы результатов до- и послеоперационной оценки клинического течения и морфологических изменений. Иными словами, хирургическое вмешательство спровоцировало проявление тех функциональных нарушений кардии, которые были выявлены до операции более чувствительными методами, какими являются рентгеноскопия, эзофагоманометрия, pH-метрия.

Известно, что операции на желудке и желчных путях сопровождаются нарушением нормальных анатомических соотношений в области пищеводно-желудочного перехода, повреждением ветвей блуждающих нервов, травматизацией связочного аппарата и изменением нормального кровообращения в дистальном отделе пищевода и кардии [7]. Обострению рефлюкс-эзофагита после перенесенной абдоминальной операции способствуют вынужденное горизонтальное положение, парез кишечника и другие факторы, связанные с повышением внутрибрюшного давления.

Полное отсутствие диспепсии отмечено лишь у 3 больных после резекции желудка, у которых до операции была выраженная клиника язвенной болезни. 18 больным перенесенная операция не принесла полного выздоровления: остались боли, отрыжка, возникавшие периодически после приема пищи. В остальных случаях пациенты чувствовали усиление проявлений ГПОД; в 37 наблюдениях при послеоперационном обследовании был обнаружен рефлюкс-

эзофагит различной тяжести. Наиболее стабильные результаты диагностических исследований показали эзофагоманометрический, рентгенологический и pH-метрический методы, которые обладают большей чувствительностью в оценке тяжести патологического процесса в области кардии. Если до операции морфологические изменения, по данным ФЭГС, у большинства больных отсутствовали или были слабо выражены, то после хирургического вмешательства у 37 прооперированных был определен эзофагит: у 20 — средней тяжести и у 3 — тяжелый. Послеоперационные показатели рентгеноскопии, эзофагоманометрии и pH-метрии свидетельствовали о грубой патологии кардии. Так, у всех этих больных рентгеноскопия показала смещение кардии в заднее средостение, расширение пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагоманометрия — снижение градиента давления пищеводно-желудочного перехода ниже 10 мм рт. ст. и желудочно-пищеводный рефлюкс продолжительностью более 10% времени исследования при часовой pH-метрии. Таким образом, ограничения показаний к операции, основанные на отсутствии видимых при ФЭГС морфологических изменений, не всегда оправданы.

По нашему мнению, если несостоятельность антирефлюксного механизма подтверждается данными современных инструментальных исследований (рентгеноскопия, эзофагоманометрия, pH-метрия, ФЭГС), то даже при неосложненных формах ГПОД при их сочетании с подлежащими хирургическому лечению заболеваниями органов брюшной полости показано комбинированное оперативное вмешательство — коррекция ГПОД и устранение сочетанной абдоминальной патологии.

1. Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф. и др.//Хирургия. — 1985. — № 2. — С. 40—45.
2. Постолов П.М., Зюбина Е.Н.//Хирургия. — 1989. — № 2. — С. 132—137.
3. Уткин В.В., Демченко Ю.М. и др.//Вестн. хир. — 1983. — № 6. — С. 30—33.
4. Черноусов А.Ф., Ануфриев А.М. и др.//Сов. мед. — 1981. — № 6. — С. 91—94.
5. Шалимов А.А., Пугачев А.Д. и др.//Клин. хир. — 1983. — № 10. — С. 16—19.
6. Eklam R., Thomas H.// Brit. J. Surg. — 1978. — Vol.65. — P. 164—167.
7. Mosci F., Boni M., Esposito S., Cesaki M.// Acta chir. Ital. — 1986. — Vol. 42. — P. 257—259.
8. Ostic D., Cowley D.// Brit. J. Surg. — 1976. — Vol. 63. — P. 154.

Поступила 06.06.92.

УДК 616.72+616.75]—001.33:616—08—036.865

О ЛЕЧЕНИИ И ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ РАСТЯЖЕНИИ СВЯЗОК СУСТАВОВ

С.Д. Лебедев

*Медсанчасть (главврач — С.Д. Лебедев)
Марийского целлюлозно-бумажного комбината, г. Волжск*

Вопрос о лечении и экспертизе временной нетрудоспособности при растяжении связок суставов освещен недостаточно. Так, Н.Г. Дубров [2] уделил внимание только растяжению или частичному разрыву боковых связок коленного сустава, для лечения которых предлагал пункции, тугие повязки, глубокие задние гипсовые лонгеты на 12—14 дней и массаж, что приводит к восстановлению трудоспособности в течение 2—3 недель. На практике растяжение связок наблюдается чаще всего в коленном и голеностопном суставах [1]. При неполных разрывах боковых связок коленного сустава рекомендовано сроки иммобилизации сокращать до 2—4 дней, затем проводить физиотерапию, лечебную гимнастику, ежедневные 2—3 новокаиновые блокады и ультразвук. При тяжелых случаях растяжения связок голеностопного сустава возможно использование гипсовой повязки в течение 5—6 дней и во всех остальных случаях 2—3 новокаиновые блокады через день и лечебная гимнастика. При растяжении связок I пястно-фалангового сустава достаточны мягкие повязки, тепловые процедуры и гимнастика [1]. Сроки лечения не приводятся. Д.А. Новожилов и

ON THE INDICATIONS TO SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HIATAL HERNIAS IN COMBINATION WITH ABDOMINAL CAVITY ORGANS DISEASES

Z.G. Sakhautdinov, O.V. Galimov, E.N. Prazdnikov

Summary

It is established that after surgical intervention the clinical manifestations of hiatal hernias are enhanced throughout the first year. The abdominal operation aggravates reflux-esophagitis. The limitations of indications to the operation based on the absence of visible in fibroesophagogastrosocopy morphological changes are not always justified. Failure of supported antireflux mechanism even in uncomplicated forms of hiatal hernias in combination with abdominal cavity organs diseases involving surgical treatment is the indication to associative operative intervention, hernias elimination and correction of associative abdominal pathology.

Н.В. Смирнов [3] придерживаются аналогичной тактики.

По статистическим талонам за 1990, 1991 и первую половину 1992 г. (280 случаев), удельный вес растяжений и частичных разрывов связок суставов составил соответственно 9,6; 7,1 и 8,4% среди всех травм (табл. 1). Растяжения связок чаще всего случались в голеностопных суставах (51,1%), в суставах стоп (23,9%), в коленных (12,8%) и лучезапястных (4,3%) суставах.

Растяжения связок диагностировали по механизму травмы, объективным данным и рентгенограммам: в голеностопном суставе без кровоизлияния (в 34,1% случаев) и с кровоизлиянием (в 69,8%), в стопе без кровоизлияния (в 34%) и с кровоизлиянием (в 66%), коленном суставе без кровоизлияния (в 18,1%), лучезапястном (в 50%), пястно-фаланговом (33,3%), плечевом (в 27,6%), плюснефаланговых (в 25%) суставах, пальцах кистей и стоп (в 100%).

При обращении больных за медицинской помощью в день травмы места растяжения связок охлаждали у них хлорэтилом до побеления кожи и накладывали компресс с 30% раствором диметилсульфоксида (ДМСО). Если у