

Таким образом, залеплон с не меньшей эффективностью, чем бензодиазепины, может быть использован для подготовки пациентов перед хирургическими вмешательствами на органах брюшной полости в условиях эндотрахеального наркоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурчинский, С. Г. Залеплон (Анданте): новые возможности фармакотерапии инсомний / С. Г. Бурчинский // Новости медицины и фармации. — 2007. — № 14. — С. 19–24.
2. Лекарственные препараты в России: справочник Видаль, 2008. — М. : АстраФармСервис, 2007.
3. Сборник психологических тестов: пособие / сост. Е. Е. Миронова. — Мн. : Женский институт ЭНВИЛА, 2005. — Ч. 1. — 155 с.

УДК 616.342-002.44-007.271-08-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВОЙ ФОРМОЙ ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА

Призенцов А. А., Лобанков В. М., Скуратов А. Г., Линкевич Е. Е.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рубцовая форма дуоденального стеноза морфологически проявляется прогрессирующими необратимыми рубцовыми изменениями стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, а также перидуоденальным адгезивным процессом. Для данной формы характерно наличие проявлений гастростаза и отсутствие клинических, инструментальных, морфологических признаков обострения язвенной болезни. По нашим данным, рубцовая форма встречается у 16 % больных язвенным дуоденальным стенозом.

Исходя из патогенеза, тактика ведения больных с рубцовой и инфильтративной формами стеноза различна.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с рубцовой формой дуоденального стеноза язвенной этиологии.

Материал и методы

Изучены результаты хирургического лечения 32 больных язвенным дуоденальным стенозом. Мужчин было 23 (71,9 %), женщин — 9 (28,1 %). Самому молодому больному было 18, самому пожилому — 76 лет. Средний возраст больных составил $46,6 \pm 2,5$ года. Лица трудоспособного возраста составили 78,3 % (25 больных). Для обследования данной группы пациентов применялись фиброгастроуденоскопия, рентгеноскопия желудка, ультразвуковое исследование выходного отдела желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки, гистологическое исследование операционных макропрепаратов.

Результаты и обсуждение

Больных с компенсированным стенозом было 15 (46,9 %), с субкомпенсированным — 11 (34,4 %), с декомпенсированным — 6 (18,7 %). Минимальная продолжительность язвенного анамнеза была 2 года, максимальная — 45 лет, средняя продолжительность составила $17,9 \pm 1,9$ года. У больных с компенсированным стенозом средняя продолжительность язвенного анамнеза была $14,6 \pm 2,8$ года, с субкомпенсированным — $17,7 \pm 3,4$ года, с декомпенсированным — $26,3 \pm 2,3$ года. У 2 больных (6,3 %) диагностирован сочетанный вариант язвенной болезни (II тип по Джонсону). Средняя продолжительность клиники гастростаза составила $19,3 \pm 2,4$ месяца. При компенсированном стенозе этот показатель составил $12,9 \pm 3,9$ месяца, при субкомпенсированном — $15,1 \pm 1,6$ месяца, при декомпенсированном — $27 \pm 6,9$ месяца.

В клинической картине преобладало нарушение эвакуаторной функции желудка, проявлений активного язвенного процесса не было. Эндоскопическая и рентгенологическая картина характеризовалась, преимущественно, нарушением эвакуации из желудка с отсут-

ствием признаков обострения язвенного процесса. При ультразвуковом исследовании пилородуоденальной зоны толщина стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в месте наибольшего сужения составила $3,1 \pm 0,2$ мм (при минимуме 2,0 и максимуме 4,0 мм). По нашим данным полученный результат статистически не отличался от такового у пациентов с неосложненной дуоденальной язвой и здоровых лиц, но был достоверно меньше, чем при инфильтративной и инфильтративно-рубцовой формах ($p < 0,001$), что свидетельствовало об отсутствии инфильтрации в зоне стеноза. При гистологическом исследовании операционных препаратов выявлены разрастания зрелой соединительной ткани без выраженных признаков воспаления, изменения нервных окончаний в виде ампутированных нервов.

Все больные были оперированы. Учитывая отсутствие активного язвенного процесса, предоперационная подготовка сводилась к ликвидации водно-электролитных и белковых нарушений в течение 2–5 дней. Интраоперационная ревизия показала отсутствие инфильтративного компонента у всех больных. Органосохраняющие вмешательства были выполнены 20 больным (62,5 %), резецирующие — 12 (37,5 %). Среди органосохраняющих вмешательств на долю селективной проксимальной ваготомии с дуоденопластикой пришлось 60 % (12 операций). В 5 случаях выполнена изолированная ваготомия с перibuльбарным адгезиолизисом, еще в одном — столовая ваготомия с антрумэктомией. Во всех случаях после ваготомии с дренирующими операциями, в том числе с дуоденопластиками, в послеоперационном периоде производилась ранняя энтеральная коррекция через назоинтестинальный зонд.

Ранние послеоперационные осложнения развились у 3 пациентов (9,4 %). У 2 пожилых пациентов после резекции 2/3 желудка по Б-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера была послеоперационная пневмония, у 1 пациентки наблюдалась легкая дисфагия после селективной проксимальной ваготомии с фундопликацией по Ниссену. Релапаротомии не выполнялись. Летальных исходов не было.

Заключение

Таким образом, для рубцовой формы дуоденального стеноза характерно отсутствие клинических, инструментальных, морфологических признаков обострения язвенной болезни, и для предоперационной подготовки больных достаточно стандартной коррекции, направленной на ликвидацию, как правило, водно-электролитных нарушений. Отсутствие инфильтративного компонента обуславливает высокий удельный вес органосохраняющих операций, низкую частоту послеоперационных внутрибрюшных осложнений и летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза / Ю. М. Панцирев [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 2. — С. 18–21.

УДК 613.816:31

АЛКОГОЛЬ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ

Разводовский Ю. Е.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Высокий уровень сердечно-сосудистой смертности в республиках бывшего Советского Союза, а также резкие его колебания на протяжении последних десятилетий стали объектом пристального внимания специалистов в области медицинской эпидемиологии [3, 5, 6]. После существенного снижения в середине 80-х годов прошлого века, совпавшего с антиалкогольной кампанией, уровень сердечно-сосудистой смертности резко вырос в 90-х годах [1]. Причем этот феномен не может быть объяснен такими традиционными факторами сер-