

С.С. Клоков, А.П. Кошель, В.А. Алексеев, Т.Г. Жерлова

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)

Цель: улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с ахалазией кардии путем разработки стратегии выбора оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2000 по 2011 г. операции по поводу ахалазии кардии выполнены у 75 больных. В том числе было 34 мужчины и 41 женщина в возрасте от 27 до 78 лет. Степень ахалазии кардии определяли по классификации Б.В. Петровского (1957). При этом II степень заболевания выявлена у 25 пациентов, III — у 28, и у 22 пациентов имела место ахалазия кардии IV степени. Длительность заболевания — от 6 мес. до 15 лет ($m = 7,4 \pm 1,3$ года).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Разработаны и внедрены в клинику оригинальные методики операции при ахалазии кардии, в зависимости от степени заболевания (Патенты РФ № 2242934; 2286720).

При ахалазии IV степени выполняется операция демуккозизация пищевода с проведением в остающемся мышечном футляре желудочного трансплантата.

Наличие ахалазии кардии II–III степени реже является показанием к оперативному лечению, вместе с тем, у части больных возникает настоятельная необходимость хирургической коррекции. В этой связи большую помощь оказывает углубленное обследование. Так, признаками ахалазии кардии, подлежащей оперативному лечению, являются: повышение давления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) более 42 мм рт.ст.; отсутствие пищеводной перистальтики или ее значительное ослабление; расслабление НПС при глотании менее чем на 60 %. Проба с сибазоном и спазмолитиком позволяет дифференцировать ахалазию кардии от кардиоспазма. Наличие одного, а тем более сочетание нескольких симптомов по данным инструментальных исследований является показанием для хирургической коррекции у этих больных, которым выполняется тотальная демускуляризация суженного отдела пищевода с селективной проксимальной ваготомией и формированием инвагинационного клапана в кардиоэзофагеальной зоне.

Все больные после операции поправились. Средний послеоперационный койко-день составил $11,5 \pm 2,7$ сут. после первого варианта операции и $8,5 \pm 1,7$ сут. — после второго.

Рецидивов заболевания в сроки до 5 лет не было. Больные трудоспособного возраста вернулись к прежней работе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сформированные искусственный «пищевод» и «кардия» сохраняют свою органическую и функциональную состоятельность, обеспечивая высокий уровень качества жизни больных и отсутствие рецидивов заболевания во все сроки наблюдения.

А.П. Кошель, С.С. Клоков, Е.Б. Миронова, А.В. Карпович

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)

Ключевым моментом любого варианта панкреатодуоденальной резекции является панкреатоеюноанастомоз. Именно от функции данного соустья во многом зависит уровень качества жизни в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Исходя из этого, в нашей клинике проф. Г.К. Жерловым разработан и широко применяется способ панкреатодуоденальной резекции с формированием арфелюкского панкреатоеюноанастомоза.

Цель: изучить показатели качества жизни у больных после панкреатодуоденальной резекции по методике Г.К. Жерлова.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в клинике с 1999 по 2011 гг. радикальные операции выполнены у 103 больных, в том числе 57 мужчинам и 46 женщинам в возрасте от 29 до 74 лет. Гастропанкреатодуоденальная резекция выполнена у 71 (68,9 %) больного, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция — у 32 (31,1 %). Показанием к оперативному лечению послужили рак головки поджелудочной железы 89 (86,4 %) и рак фатерова сосочка 14 (13,6 %) больных.

Послеоперационная летальность составила 7,8 %. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 30 пациентов, что составило 31,6 % (у части пациентов имело место сочетание 2 и более осложнений).

Средняя продолжительность жизни пациентов после радикальных операций составила $9,3 \pm 2,7$ мес. (от 4 мес. до 6 лет). При этом только два (2,2 %) из 89 больных с аденокарциномой поджелудочной железы пережили 5-летний рубеж. Среди пациентов с опухолью *p. Vateri* 5-летняя выживаемость составила 42,9 %.

Изучение качества жизни проводили в ранние (10 — 14 сутки), ближайшие (1,5 — 3 мес.) и отдаленные (более 6 мес.) сроки после операции с использованием универсального опросника GIQLI (ГИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В раннем послеоперационном периоде отмечается максимально низкий уровень качества жизни (ГИ = $70,5 \pm 7,2$), особенно по шкалам «психическое состояние» и «физическое состояние», что связано в первую очередь с операционной травмой. В ближайшем послеоперационном периоде отмечено повышение уровня качества жизни (ГИ = $93,5 \pm 5,2$). В сроки до года после операции общий уровень качества жизни увеличился в среднем на 8,6 % (по сравнению с ближайшим послеоперационным периодом) и составил $102,7 \pm 6,2$ балла. Среди причин, ухудшающих течение отдаленного послеоперационного периода, на первом месте были симптомы внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы, что требовало проведения медикаментозной коррекции (ферментные препараты), иногда постоянной. Спустя три года после операции ГИ имел тенденцию к увеличению ($110,3 \pm 6,1$). Основной «проблемой» оставались явления внешнесекреторной недостаточности, которые купировались назначением ферментных препаратов. Ни в одном случае не отмечено нарушений, характерных для рефлюкса кишечного содержимого в желчное дерево.

Таким образом, изучение качества жизни у пациентов в различные сроки после операции с формированием арефлюксных билиодигестивных анастомозов, показало, что формируемые соустья, обладая арефлюксными свойствами, предупреждают заброс кишечного содержимого в желчные протоки, предотвращая развитие такого тяжелого осложнения как рефлюкс-холангит, обеспечивая достаточно высокий уровень качества жизни оперированных больных.

А.П. Кошель, В.М. Воробьев, Д.Н. Чирков, Е.И. Маевский, В.Г. Круглов

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

*НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)*

ВВЕДЕНИЕ

Тактика при лечении больных с гастродуоденальными кровотечениями за последнее столетие перематрировалась неоднократно, вместе с тем, все методы ведения больных в той или иной степени укладываются в 3 основных тактических подхода: активный, активно-выжидательный и выжидательный. Число сторонников и противников каждого из них периодически меняется, что обусловлено развитием технического прогресса и фармацевтической промышленности, а также переосмыслением этиологии и патогенеза язвенной болезни.

Цель: обоснование индивидуальной активно-выжидательной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 802 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, находившихся в клинике с 1999 по 2011 г. Среди пациентов было 598 мужчин и 204 женщины в возрасте от 15 до 89 лет. Среднее время от момента начала кровотечения до поступления составило $17 \pm 2,7$ ч.

Из 782 поступивших пациентов при экстренной ФЭГДС язвенная болезнь желудка была обнаружена у 245 (30,6 %), язвенная болезнь ДПК — у 504 (62,8 %) поступивших, у 34 (4,2 %) пациентов имелись