

Для определения принципов индивидуализации лечения, мы оценили макроскопические изменения слизистой желудка и ДПК при эндоскопическом исследовании, состоянии двигательной-эвакуаторной функции при ультрасонографии, нарушении секреции и нейтрализующих свойств слизи при реогастрографии. Наличие инфекции *H. pylori* определялось различными методами (экспресс-диагностика *H. pylori* — “Хелпил-тест” при эндоскопическом

исследовании, определение антител (класса иммуноглобулина G) к *H. pylori*, определение антигена *H. pylori* в кале).

Заключение. В результате проведенной индивидуализированной терапии на основе выявленных морфофункциональных изменений, возникших после разных видов лечебных и оперативных пособий, количество рецидивов и осложнений уменьшилось с 30–50 % до 8–10 %.

Модифицированный инвагинационно-муфтообразный эзофагоэюноанастомоз

Цель исследования: улучшить непосредственные результаты гастрэктомии при раке желудка путем модификации эзофагоэюноанастомоза по Гильяровичу.

Материалы и методы. В отделении абдоминальной хирургии РОНЦ с 2000 по 2011 гг. 1150 больным раком желудка III–IV стадии процесса произведена стандартная, расширенная и комбинированная гастрэктомия. Из них до 2006 г. 525 больным (45,6 %) после гастрэктомии эзофагоэюноанастомоз формирован по методике Гильяровича — Шалимова, а с 2006 по 2011 гг. 625 (54,4 %) больным эзофагоэюноанастомоз формирован по собственной модификации классического способа Гильяровича. Из 1150 больных 868 (75,5 %) больным произведена стандартная гастрэктомия в объеме D2 и 282 (24,5 %) больным — расширенная гастрэктомия. Из общего числа 555 (48,3 %) больным произведена комбинированная гастрэктомия. Предложенная модификация принципиально отличается от существующих модификаций Шалимова, Русанова и др. тем, что анастомоз приобретает инвагинационно-муфтообразный характер и лишен тех недостатков, которые имеются при классическом варианте и в его модификациях. Изучены непосредственные

результаты гастрэктомии по критериям несостоятельности эзофагоэюноанастомоза и частоты развития рефлюкс-эзофагита в зависимости от способа формирования эзофагоэюноанастомоза.

Результаты. Несостоятельность анастомоза наблюдалась у 21 (1,8 %) больного, в 7 (33,3 %) случаях ранняя и в 14 (66,7 %) — поздняя. Анализ по способам формирования анастомоза показал, что в 18 (85,7 %) случаях несостоятельность наблюдалась в 1-й группе и только в 3 (14,3 %) случаях во 2-й группе. Рефлюкс-эзофагит различной степени наблюдался у 30,4 % (350) больных в первой группе и у 5,3 % (61) больных во второй группе ($p < 0,05$).

Вывод. Предложенный модифицированный инвагинационно-муфтообразный анастомоз имеет ряд преимуществ по обеспечению надежной герметичности и физиологичности в отличие от классического варианта и его существующих модификаций. Изучение непосредственных результатов по критериям несостоятельности швов анастомоза частоты встречаемости рефлюкс-эзофагита показало, что вышеуказанные осложнения в основной группе по сравнению с существующим вариантом достоверно реже.

Джураев М.Д., Худоев С.С.
Республиканский онкологический научный центр,
Ташкент, Узбекистан

Ранняя диагностика опухолевых и предопухолевых патологий желудка

Цель исследования: улучшить результаты ранней диагностики предопухолевых и опухолевых патологий желудка с помощью эндоскопического исследования у отобранных путем анкетирования больных.

Материалы и методы. С целью раннего выявления предопухолевых и опухолевых патологий 40 000 населения в возрасте от 45 до 70 лет розданы анкеты с указанием основных симптомов патологии желудка. Мужчины составили 69 %, женщины — 31 %. Отбор пациентов для эндоскопического исследования проводили с учетом показаний анкеты. Эзофагогастродуоденоскопию проводили при наличии более 2 симптомов из 20. По результатам анкетирования 14 910 больным проводилось эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

С целью изучения процесса трансформации и степени инфицированности *H. pylori* при наличии атрофического гастрита брали биопсию.

Результаты. Предопухолевые и опухолевые патологии из 14 910 пациентов, которым проводили эндоскопическое исследование, выявлены у 12 316,

у остальных 3002 (20,2 %) больных патология не выявлена.

Среди обследованных пациентов рак желудка в I–II стадии выявлен у 9 (0,06 %), атрофический гастрит — у 468 (3,8 %), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — у 176 (1,2 %), пернициозная анемия — у 116 (0,8 %), аденоматозный полип желудка — у 94 (0,63 %), болезнь Менетрие — у 58 (0,4 %). Кроме этого различные виды гастродуоденита, сочетающегося с рефлюксом, выявлены у 9814 (65,8 %), а эзофагогастрит — у 1073 (7,2 %). Инфицированность *H. pylori* установлена у 92,6 % пациентов.

Итак, из обследованных 14 910 пациентов у 1012 (6,9 %) выявлена предопухолевая патология. Эти больные как группа повышенного риска взяты под контроль. Больным, у которых выявлен эзофагогастродуоденит, 10 887 (73 %), рекомендовано проведение лечения в амбулаторных условиях.

Вывод. Наиболее эффективным методом выявления опухолевых и предопухолевых патологий желудка в ранней стадии его развития является отбор пациентов путем анкетирования населения и проведения эндоскопического исследования.

Джураев М.Д., Абдурахманов Б.Б., Исламбекова З.А.
Ферганский областной онкологический диспансер,
Фергана, Узбекистан

Структура госпитализации пациентов с ГЭРБ

С целью анализа особенностей структуры госпитализации пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в терапевтические

и гастроэнтерологические отделения крупного многопрофильного стационара была проанализирована база данных пролеченных больных за 2009–2011 гг.

Дудина О.В., Яблонская В.Н., Пиджимян В.П., ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия