

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

Всего с диагнозом ГЭРБ выписано 102 человека; из них 40 (0,39) мужчин и 62 (0,61) женщины. Доля госпитализированных по экстренным показаниям оказалась невелика — 12,7%; гендерных различий не получено.

Наибольшее количество пациентов с ГЭРБ зафиксировано в апреле, октябре и декабре (13,7%, 12,7% и 14,7% соответственно), что, возможно, отражает сезонность течения патологии.

Зверков И. В., Володин Д. В., Топчий Т. Б., Минушкин О. Н.
УНМЦ УД Президента РФ,
Москва, Россия

Новые подходы в лечении язвенной болезни (ЯБ)

Цель исследования: показать новые подходы и комбинации в лечении язвенной болезни (антисекреторные, антибактериальные, противовирусные).

Материал и методы. На 101 больном ЯБ показаны новые подходы в терапии ЯБ: антисекреторные (новые препараты блокаторов «протонной помпы»), антибактериальные (дозы и длительность эрадикации в зависимости от частоты обсемененности НР), противовирусные (противовирусные препараты). Методы стандартные (эндоскопические, морфологические, иммуноморфологические, клинические), критерии их эффективности общеприняты.

В то же время при анализе гендерных особенностей обнаружено совпадение пиков общей госпитализации с максимальным количеством госпитализированных в апреле и октябре мужчин (20% и 17,5% соответственно), а в декабре — женщин (21%).

Таким образом, выявлены различия в структуре госпитализированных пациентов с ГЭРБ как по гендерному, так и по временному признакам.

Результаты. Новые препараты блокаторов «протонной помпы» показали эффективность по результатам ЭГДС и эндоскопической рН-метрии. При эрадикации выявлено, что чем меньше частота обсемененности НР в желудке (+, ++, +++), тем меньше доза и длительность приема антибиотиков (кларитромицина, амоксицилина). Добавление противовирусных препаратов к противоязвенной терапии стимулировало рубцевание трудно рубцующихся гастродуоденальных язв.

Каримов М. М., Саатов З. З., Собирова Г. Н., Дусмухамедова Э. Х.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан.
E-mail: mirvasit61@rambler.ru

Коррекция дуоденогастрального рефлюкса у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Цель исследования: оценить эффективность урсодиоуксиколовой кислоты (УДХК) в терапии щелочного варианта гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материал и методы. В исследование включены 30 больных со щелочным вариантом ГЭРБ. Щелочной вариант ГЭРБ диагностировали как визуально при эндоскопическом исследовании путем выявления дуоденогастрального рефлюкса (ДГР), так и изучением биохимического состава дуоденогастрального рефлюктата в желудочном соке.

Результаты исследования. Выявлено увеличение доли свободных желчных кислот (ЖК) в виде токсичных деконъюгированных солей ЖК, пула лизофосфатидилхолина (ЛФХ) и снижение пула фосфатидилхолина (ФХ). Также определена высокая активность фермента фосфолипазы А₂, уменьшение количества секреторного иммуноглобулина А (sIg A). УДХК способствовала снижению частоты

ДГР на 74%, снижению доли токсичных деконъюгированных солей ЖК и увеличению конъюгированных ЖК (p<0,01). Изучение фосфолипазной активности желудочного сока выявило достоверное снижение уровня фермента фосфолипазы А₂ на 62% (p<0,01). Как указывалось выше, наличие таких факторов агрессии, как токсичные деконъюгированные соли ЖК и фосфолипазная активность неблагоприятно отражалось на факторах защиты слизистой оболочки желудка. В результате использования УДХК содержание sIg A у больных увеличилось в 2,3 раза по сравнению с исходными показателями.

Выводы. УДХК способствует снижению агрессивных свойств дуоденогастрального рефлюктата путем снижения количества токсичных деконъюгированных солей ЖК, фосфолипазной активности, нормализации фосфолипидного состава и повышения содержания sIg A.

Каримов М. М., Собирова Г. Н., Саатов З. З., Рустамова С. Т.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан.
E-mail: mirvasit61@rambler.ru

Роль дуоденогастрального рефлюктата в течении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Цель исследования: изучить биохимические свойства желудочного сока у больных со щелочным вариантом ГЭРБ.

Материал и методы. Обследованы 30 пациентов со щелочным вариантом ГЭРБ, который диагностировали при эндоскопическом исследовании путем выявления дуоденогастрального рефлюкса (ДГР), а также лабораторно изучением биохимического состава дуоденогастрального рефлюктата в желудочном соке по содержанию желчных кислот (ЖК). Контрольную группу составили 10 здоровых лиц.

Результаты исследования. У лиц контрольной группы содержание ЖК в желудочном соке составило (54,3±3,8) мг%. У пациентов с ГЭРБ содержание ЖК было достоверно выше, чем у контрольной группы, и составило (85,7±4,6) мг% (p<0,01).

Выявлено, что в желудочном соке контрольной группы в большей степени преобладают первичные **высокие желчные кислоты** в виде конъюгатов с глицином и таурином. В аналогичных показателях желудочного сока больных ГЭРБ отмечается более высокий процент вторичных, деоксихолевых желчных кислот, представленных деоксихолевой и хенодеоксихолевой кислотами, которые в отличие от первичных, гидрофильных желчных кислот обладают цитотоксическими свойствами.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что у больных со щелочным вариантом ГЭРБ в желудочном соке увеличивается содержание вторичных (токсичных), гидрофобных деоксихолевых ЖК, оказывающих прямое повреждающее воздействие на слизистую оболочку желудка.